

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
جامعة قسنطينة 03
Université de Constantine 03



Faculté de Médecine
Constantine



كلية الطب
قسنطينة

THESE

DE DOCTORAT EN SCIENCES MEDICALES SPECIALITE PSYCHIATRIE.

FACTEURS PREDICTIFS DU DEVELOPPEMENT DE L'ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE EN MILIEU MILITAIRE

A propos de 120 malades consultant à la suite d'un événement traumatique et 120
sujets ayant vécu le même événement non demandeurs de soins.

Soutenue par

BENREDJEM Yassine
Maître-assistant en
psychiatrie

Directeur de Thèse

Professeur
SEMAOUNE BOUALEM

ANNEE 2017

Remerciement

Je fais partie des personnes qui croient mordicus qu'il n'y a de force ni de puissance que par Dieu. Cela étant, je commence par Le remercier d'avoir eu la bonté de m'entourer de personnes formidables qui ont, chacune à leur façon, et ce, à différentes étapes de mon cheminement, contribué, d'une manière ou d'une autre, à la réalisation de cette thèse de doctorat.

Je remercie très chaleureusement mon directeur de thèse, Monsieur le **Professeur Boualem Semaoune**, qui, malgré ses nombreuses occupations, a accepté de prendre la direction de cette thèse, transformant ainsi les difficultés rencontrées en une expérience enrichissante. Je lui suis également reconnaissant de m'avoir assuré un encadrement rigoureux tout au long de ces années, tout en me donnant toutefois la possibilité de trouver par moi-même mon cheminement personnel. Le professeur Semaoune a su diriger mes travaux avec beaucoup de disponibilité, de tact et d'intérêt. Il m'a toujours accordé généreusement le temps nécessaire pour partager avec moi ses idées et sa grande expérience.

L'idée de voler de ses propres ailes est un peu effrayante, mais j'ai l'impression d'avoir grandi, d'avoir acquis une certaine confiance grâce à vous. J'ai énormément appris à vos côtés. Merci pour tout.

Soyez assuré de mon attachement et de ma profonde gratitude.

Je tiens à exprimer mes plus vifs remerciements à Monsieur le **Professeur Bencharif** qui fut pour moi un chercheur attentif et disponible malgré ses nombreuses charges. Sa compétence, sa rigueur scientifique et sa clairvoyance

m'ont beaucoup appris. Ils ont été et resteront des moteurs de mon travail de chercheur.

Je lui suis reconnaissant de m'avoir fait bénéficier tout au long de mon résidanat de sa grande compétence, de sa rigueur intellectuelle, de son dynamisme, et de son efficacité certaine que je n'oublierai jamais.

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Je suis très honoré à remercier de la présence à mon jury de thèse :

- Mes remerciements vont à monsieur le **Professeur Tabti** pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse et pour l'ambiance de travail très agréable qu'il a su créer. Enfin, j'ai été extrêmement sensible à ses qualités humaines d'écoute et de compréhension tout au long de ce travail.
- Le **Professeur Baghiri** pour l'honneur qu'elle m'a fait en acceptant d'être membre de mon jury de thèse. Je tiens à l'assurer de ma profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'elle porte à ce travail et pour toutes remarques intéressantes qu'elle m'a faites. Je la remercie également pour son accueil chaleureux à chaque fois que j'ai sollicité son aide, ainsi que pour ses multiples encouragements.

- Le **Professeur Mitiche** qui a bien voulu juger ce travail. Je la remercie pour le temps consacré à la lecture de ce travail ainsi que pour les commentaires m'ayant permis de l'améliorer.
- J'exprime ma gratitude au **Professeur Ykhlef**, pour nos échanges au cours de cette thèse mais aussi pour l'hommage qu'il me fait en participant à ce jury.

Je tiens, tout particulièrement, à témoigner une vive reconnaissance à tous les patients qui ont accepté de participer à cette expérience.

JE TIENS A REMERCIER PARTICULIEREMENT

*MONSIEUR LE GENERAL MAJOR DIRECTEUR CENTRAL DES SERVICES
DE SANTE MILITAIRE*

*Monsieur le professeur **Bendjelloul Abdelkader** homme de devoir, scrupuleux,
actif et dévoué, Médecin Militaire d'élite, savant très attaché à l'Armée et à sa
mission, distingué d'allure et d'esprit, doué d'un jugement et d'une pondération
remarquables : Merci de nous avoir permis de nous épanouir*

.

*MONSIEUR LE GENERAL DIRECTEUR GENERAL DE L'HOPITAL
MILITAIRE REGIONAL UNIVERSITAIRE. CDT ABDELALI BENBAATOUCHE.
CONSTANTINE*

*Monsieur le Docteur **CHEDDADI MABROUK**, pour ses qualités humaines, sa
rigueur, ses capacités d'analyse des difficultés et ses connaissances
pluridisciplinaires qui ont été un phare pour nous.*

*MONSIEUR LE COLONEL DIRECTEUR DES ACTIVITES MEDICALES DE
L'HOPITAL MILITAIRE REGIONAL UNIVERSITAIRE. CDT ABDELALI
BENBAATOUCHE. CONSTANTINE*

*Professeur : **HAMADA AHMED**, pour sa disponibilité, sa bienveillance et son
dévouement pour le personnel et les malades, nous vous en sommes très
reconnaissants.*

Je remercie tous mes enseignants qui m'ont formé tout au long de mon cursus de spécialisation en psychiatrie

Mes remerciements s'adressent également à toute l'équipe soignante du service de psychiatrie, médecins psychologues et infirmiers de l'hôpital militaire régional universitaire Cdt Abdelali Benbaatouche,

A toute l'équipe de psychiatrie de l'HCA

A tous les confrères et consœurs de l'HMRUC

A mon ami Dr LaibZohir, notre épidémiologue de l'HMRUC pour son excessive gentillesse et son caractère arrangeant.

Enfin un remerciement particulier à ma femme, qui m'a soutenu tout au long de ces années, ma fille Ayet-errahmane et mes enfants Aymen et Ilyes.

DEDICACES

Je dédie cette thèse :

A mes parents, ma mère et mon père qui m'ont toujours soutenu, conseillé et encouragé durant toute ma vie.

A mes frères et sœurs et leurs enfants,

A mes beaux-parents,

A tous mes amis

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION -----	1
PREMIERE PARTIE : PARTIE THEORIQUE	
I-DEFINITION GENERALITES -----	4
1- Concepts de stress adapté et dépassé -----	4
2- Le traumatisme psychique -----	5
3- L'évènement traumatique -----	6
3.1-Définition -----	6
3.2- Classification -----	6
3.2.1 - Classification de TERR -----	6
3.2.2 - Classification en fonction de leur intentionnalité -----	7
3.2.3 - Les traumatismes simples et complexes -----	8
3.2.4 - Les traumatismes directs et indirects -----	8
II- HISTORIQUES -----	9
1-Les précurseurs -----	9
2-Les fondateurs -----	10
3-Les continuateurs -----	11
4-Les novateurs -----	14
5-Frantz Fanon et le psychotraumatisme -----	15
III- EPIDEMIOLOGIE -----	17
1- Prévalence des troubles post traumatique en population générale -----	17
2-Epidémiologie parmi des groupes de populations spécifiques -----	23
3-Epidémiologie parmi des groupes de population soumis à un événement particulier---	24
IV- ETUDE CLINIQUE -----	27
1-Critères diagnostiques de l'ESA -----	27
2- Critères diagnostiques du TSPT -----	28
3- La phase de latence-----	30
4- Les formes sub-syndromiques et partielles du TSPT-----	31
5- Les comorbidités du TSPT -----	32
6- Comportements suicidaires et ESPT -----	33
V- LES DIFFERENTES APPROCHES THEORIQUES DU TRAUMA -----	34
1- Théorie psychanalytique -----	34
1.1- Conception du traumatisme psychologique de P. Janet -----	34
1.2- Conception freudienne -----	34

2- Les modèles phénoménologiques -----	35
3- Approche cognitiviste du trauma -----	36
3.1- Explication cognitive -----	37
3.2- Explication comportementale -----	37
4- Eléments de neurobiologie -----	38
VI- LES FACTEURS PREVISIONNELS DE L'ÉSPT-----	39
1- Facteurs prétraumatiques -----	39
1.1- Facteurs de risque -----	39
1.2- Facteurs de protection -----	42
2- Facteurs péritraumatiques -----	44
2.1- Facteurs de risque -----	44
2.2- Facteurs de protection -----	46
3- Facteurs post-traumatiques -----	46
3.1- Facteurs de risque -----	46
3.2- Facteurs de protection -----	47
4- Ampleur de l'effet des facteurs prévisionnels -----	48
VII- PRISE EN CHARGE-----	49
1- Prise en charge en aigu sur le plan psychique -----	49
1.1- Les débriefings psychologiques militaires -----	49
1.1.1- L'Historical Group Debriefing de Marshall (1945) -----	49
1.1.2- La psychiatrie de l'avant -----	50
1.1.3- Sokol -----	50
1.1.4- Expériences des militaires américains -----	52
1.2- Le Critical Incident Stress Débriefing (CISD) et apparentés -----	53
1.2.1- Le CISD de Mitchell -----	53
1.2.2- Modèle d'Amstrong (1991) -----	56
1.2.3- Modèle de Dyregrov-----	56
1.2.4- Raphael (1986), et Shalev (1994) -----	57
1.3- L'expérience francophone -----	57
1.3.1- Les dix principes de L. Crocq-----	57
1.3.2- Théorisation du modèle -----	58
1.3.3- Constitution -----	58
1.3.4- Conditions de réalisation -----	58
1.3.5- Cadre de réalisation et compétences du thérapeute -----	59
2- L'intervention psychothérapeutique précoce -----	61
2.1- Le Defusing Psychologique -----	61
2.1.1- L'évaluation -----	61
2.1.2- Les vécus péritraumatiques -----	62
2.2- L'approche anglo-saxonne : The Psychological First Aid-----	62
2.3- Le defusing à la française -----	63

2.3.1- Descriptif de la technique -----	64
2.3.2- Qualités du professionnel requises -----	64
2.3.3- Le temps de la récupération émotionnelle -----	64
3- Traitement pharmacologique -----	65
3.1- Les anxiolytiques : les benzodiazépines -----	65
3.2- Les Antihistaminiques -----	66
3.3- Les bêtabloquants -----	66
4- Prise en charge à distance et au long cours -----	66
4.1- Abord psychothérapeutique -----	66
4.1.1- les thérapies psycho dynamiques -----	66
4.1.2- Les thérapies cognitives et comportementales -----	66
4.1.3- L'hypnose -----	67
4.1.4- L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) -----	67
4.2- Abord pharmacologique -----	67
5- Réparation médico-légale -----	67
VIII - CARACTERISTIQUES GENERALES DU MILIEUX MILITAIRE-----	69
1- Le milieu militaire -----	69
2- Approche psycho-dynamique de la relation individu-milieu militaire -----	69
3- La sélection -----	70
IX- CONCLUSION -----	71
DEUXIEME PARTIE : ETUDE PRATIQUE	
I- PRINCIPES DE L'ETUDE -----	73
II- MATERIEL ET METHODE-----	75
III- DEROULEMENT DE L'ENQUETE -----	77
IV-RESULTATS ET COMMENTAIRE-----	79
1- Les données prétraumatiques des patients et des témoins -----	80
2- Les données péritraumatiques des patients et des témoins -----	121
3- Les données post-traumatiques des patients -----	134
V- DISCUSSION-----	144
VI-RESERVES METHODOLOGIQUES-----	153
VII- CONCLUSION-----	154
VIII- RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES-----	158
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES-----	160
ANNEXES-----	174

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

APA	American Psychiatric Association
ANP	Armée nationale populaire
ATCD	Antecedents
DMM	Decision medico-militaire
DP	Debriefing psychologique
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text revision
ESA	État de stress aigu
ESPT	État de stress post-traumatique
ET	Événement traumatique
IC	Intervalle de confiance
OR	Odds Ratio
P	Degré de signification
PTSD	Post traumatic stress disorder
SMPG	Santé mentale en population générale

INTRODUCTION

L'état de stress post-traumatique (ESPT) est la pathologie la plus grave et la plus spécifique qui peut résulter de la confrontation d'un individu à un événement traumatique. Ainsi, cette confrontation peut être à l'origine d'un ébranlement des trois convictions personnelles de l'individu, à savoir : invulnérabilité, environnement protecteur, autrui secourable [54].

Le traumatisme psychique est un phénomène très particulier, dont la réalité clinique n'a été découverte par les psychiatres que très tard, à la fin du 19^{ème} siècle, alors qu'il a existé de tout temps. Au cours de la première guerre mondiale, S. Freud et ses élèves l'étudient chez les soldats et en démontrent le mécanisme intrapsychique. Malheureusement, le concept, à quelques exceptions près, est resté confiné dans le cercle étroit des psychiatres militaires.

C'est pendant la deuxième guerre mondiale que sera précisé le traumatisme psychique : le délai d'apparition, ainsi que la phase d'état et l'importance des facteurs psychophysiologiques individuels.

Aux Etats unis, l'ampleur du nombre de blessés psychiques chez les vétérans du Vietnam (700 000 cas sur 3 millions d'hommes envoyés au Vietnam) a conduit les auteurs du DSM 3 à introduire et à définir l'ESPT en 1980 puis, en 1992, la réaction aigue à un facteur de stress, pour la pathologie des premières heures.

L'état de stress post traumatique est devenu un modèle d'exception en psychiatrie, deux raisons majeures y participent. Il s'agit de la seule affection psychiatrique dont la causalité est strictement définie par l'événement traumatique. L'autre spécificité s'exprime dans l'histoire naturelle de cette pathologie dont certaines formes s'éteignent d'elles-mêmes, d'autres se chronicisent, d'autres enfin semblent disparaître pour, comme un volcan qui se rallume, reprendre à l'occasion d'un nouveau traumatisme.

L'expérience d'un évènement traumatique constitue une condition nécessaire mais non suffisante au développement de l'état de stress post traumatique.

En effet, bien que la plupart des individus exposés à un événement traumatique puissent vivre de fortes réactions post traumatiques dans les jours qui suivent, la majorité de ceux-ci récupèrent rapidement et s'adaptent assez bien après une certaine période de temps. En fait, le retour ou non à

une vie normale après un événement traumatique est souvent fonction de la présence ou de l'absence de différents facteurs qui modulent les réactions post traumatiques.

Le milieu militaire est un « laboratoire de recherche unique » puisque les soldats ont un risque important de subir une exposition à la mort pendant leurs missions. La prévalence des traumatismes psychiques chez les militaires envoyés sur des théâtres d'opération dangereux peut être exceptionnellement élevée, les circonstances opérationnelles exposent par nature les personnels à des situations potentiellement traumatiques au plan psychique.

Le PTSD est au cœur des préoccupations des armées modernes, il est le symbole des troubles psychiques de guerre. L'évolution des conflits placent les militaires dans des contextes de menace permanente comme, la menace terroriste, l'extension aux missions de sécurité, les interventions dans le cadre de la lutte antiterroriste, et conduit à des situations particulières de stress. Il convient donc d'être vigilant sur ces formes de traumatisme.

Dans une perspective de prévention et de dépistage, la connaissance des facteurs qui permettent de prédire l'évolution de l'état de stress post traumatique s'avérerait d'une grande utilité. La prévention primaire (éviter les événements) n'est pas du domaine médical. La prévention tertiaire (suivi d'un patient qui présente un ESPT) fait l'objet de recommandations précises. La prévention secondaire implique d'une part, le repérage des facteurs de risque ou de vulnérabilité qui permet ainsi de sélectionner les patients à risque de troubles séquellaires et d'autre part, de définir la prise en charge médicale. Cette prévention secondaire doit permettre de diminuer l'incidence de l'ESPT ou l'intensité des symptômes après un psychotraumatisme.

Cette prévention secondaire soulève de nombreuses questions : tout d'abord, la reconnaissance des patients à risque, puis les types de prise en charge, les modalités, ainsi que les facteurs d'efficience d'une technique.

Les recherches concernant la prise en charge immédiate ou post-immédiate du psychotraumatisme sont moins nombreuses que pour le trouble constitué. Pourtant, plusieurs pistes d'intervention de prévention existent, à la fois épidémiologiques (repérage des patients à risque), psychothérapeutiques et pharmacologiques.

PARTIE THEORIQUE

I- Définitions et Généralités :

1 - Concepts de stress adapté et dépassé

D'un point de vue étymologique, le mot stress provient du grec "stringo" qui signifie « étreindre, serrer, lier, resserrer ».

Hans Seyle (1907-1982), endocrinologue de formation, fut le premier à introduire ce terme en médecine en établissant le concept de stress. Dans son livre intitulé « Le Stress de la Vie (1956) » [136] il décrit le « Syndrome Général d'Adaptation ». Pour Seyle, celui-ci constituait un ensemble de symptômes permettant à l'organisme de faire face aux conséquences d'une agression. Il en décrit les trois phases : réaction d'alarme, stade de résistance, et stade d'épuisement. Seyle fut également le premier à identifier le fonctionnement des hormones corticosurrénales en réaction à une agression de l'organisme. Il qualifia cette réaction de « Syndrome Réactionnel Endocrinien ».

L. Crocq définit le stress comme « la réaction réflexe, neurobiologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu à une agression, une menace ou une situation inopinée » [54].

Le stress fait intervenir quatre axes :

- l'axe catécholaminergique impliquant l'hippocampe, le système sympathique et la surrénale, aboutissant à la libération de noradrénaline.
- l'axe corticotrope, faisant intervenir hypothalamus, hypophyse, surrénale, et aboutissant à la sécrétion de glucocorticoïdes qui permettent la néoglycogénèse et de prendre le relais sur les effets de l'adrénaline.
- L'axe des peptides opiacés. La libération de certains peptides comme la mélanotrophine et la bêta-endorphine permettent une atténuation de la réponse émotionnelle, en particulier en ce qui concerne la peur.
- L'axe immunitaire, avec les effets immunosuppresseurs du cortisol.

Le stress est une réaction utile, adaptative, dont les effets psychologiques principaux sont :

- la focalisation de l'attention sur une situation menaçante,
- la mobilisation des capacités cognitives (attention, mémorisation, raisonnement)
- l'incitation à la prise de décision et à l'action.

La possibilité pour un sujet de pouvoir faire face à un danger, en partie grâce à cette réaction de stress, correspond à la notion de coping.

Le « stress adapté » [54] correspond aux réactions de réponse de l'organisme lorsqu'il perçoit un danger. Cette réaction se rapproche du réflexe, elle est inconsciente initialement, et involontaire. Il s'agit d'une réaction normale, utile et adaptative. Le « stress adapté » permet une mobilisation des facultés cognitives, en favorisant la focalisation de l'attention sur la situation menaçante, et en augmentant les capacités mentales (évaluation, analyse). Le « stress adapté » permet aussi la mobilisation des capacités comportementales : il incite à l'action.

Dans certaines situations, il est possible d'observer une réaction de « stress dépassé ». Celle-ci se caractérise par les manifestations pathologiques que sont la sidération, la fuite panique, l'agitation stérile, l'action automatique, ou encore les manifestations psychotiques.

Les personnes confrontées à un événement traumatique, et qui le vivent sur le mode du « stress adapté », ne contractent pas de trauma. Les autres, qui le vivent en « stress dépassé », sur un versant « traumatique », contractent le trauma et peuvent développer par la suite une pathologie psycho traumatique [54].

2 - Le traumatisme psychique :

D'un point de vue étymologique, le mot trauma est issu du grec "traumatos". Il signifie au sens propre blessure, et au sens figuré désastre ou encore échec. A l'origine, ce terme était utilisé au 19^{ème} siècle dans le cadre de la pathologie chirurgicale et était réservé aux atteintes corporelles. Par la suite, le terme trauma est devenu une métaphore du traumatisme corporel relatif aux blessures psychiques. Ainsi par extension, ce terme a été utilisé par les psychiatres, pour désigner les phénomènes psychiques pouvant résulter de la confrontation brutale et soudaine d'un individu à un événement menaçant son intégrité physique et/ou psychique.

Il n'existe actuellement pas de définition consensuelle pour le traumatisme psychique. Pour certains auteurs, la définition du traumatisme psychique est liée au concept de stress, pour d'autres, elle est indissociable de la psyché. Néanmoins, tous s'accordent pour souligner l'importance de l'événement qui peut en être à l'origine. Cette notion de traumatisme psychique interroge l'Homme sur sa représentation de la Mort. Elle dépasse ainsi le seul domaine de la médecine et de la psychiatrie, en rejoignant celui de la philosophie et de la métaphysique. La transposition du traumatisme physique au traumatisme psychique permet

de retrouver certaines constances communes : celle d'un choc violent, celle d'une effraction, et celle de conséquences sur l'ensemble de l'organisation [95].

Ainsi, l'événement doit être soudain, imprévu, violent, et générer chez le sujet une effraction. Celle-ci peut être physique initialement, mais elle est, et reste essentiellement psychique. Cet impact du traumatisme psychique sur la personne est à l'origine d'une désorganisation psychique ou encore choc émotionnel.

3 - L'évènement traumatique :

3.1 - Définition :

C'est un événement qui peut entraîner un traumatisme psychique chez les personnes l'ayant vécu, mais pas systématiquement. Ces événements sont répertoriés dans le DSM VI-TR en trois catégories :

- Événement vécu directement par le sujet :
le combat militaire, les agressions violentes (sexuelle, attaque physique, vol), le fait d'être kidnappé, le fait d'être pris en otage, les attaques terroristes, la torture, l'incarcération en tant que prisonnier de guerre ou dans un camp de concentration, les catastrophes naturelles ou d'origine humaine, les accidents de voitures graves, ou le fait de recevoir le diagnostic d'une maladie mettant en jeu le pronostic vital.
- Événement dont le sujet est témoin :
le fait d'assister à la blessure grave ou à la mort non naturelle d'une autre personne à la suite d'une agression violente, d'un accident, d'une guerre, ou d'une catastrophe, ou le fait de voir de manière inattendue un cadavre ou les morceaux d'un corps.
- Événements vécu par autrui et qui sont rapportés au sujet :
agressions personnelles violentes, les accidents sévères, les blessures graves vécues par un membre de la famille ou un ami proche, la mort subite et inattendue d'un membre de la famille ou d'un ami proche ou la nouvelle que son enfant a une maladie mettant en jeu le pronostic vital.

3.1 - Classification :

Il existe plusieurs classifications concernant les traumatismes :

3.1.1 - Classification de TERR [145] :

Elle identifie trois types de traumatismes : les traumatismes de type I, de type II et de type III.

- les traumatismes de type I :

Le traumatisme de type I fait suite à un événement traumatique unique, qui présente un commencement et une fin nette. Il est en générale induit par un agent stressant aigu, non abusif (catastrophe naturelle, incendie, agression...).

Ce type de traumatisme peut engendrer des conséquences à long terme, conséquence à l'origine d'une souffrance psychique voire traumatique. Par exemple des séquelles physiques consécutives à une agression, un relogement et des conditions de vie précaires suite à la destruction d'un logement par une catastrophe naturelle.

- les traumatismes de type II :

Le traumatisme de type II est consécutif à un événement répété, qu'il soit présent de façon constante ou qu'il menace de se reproduire à tout instant, pendant une longue période de temps. Il est donc induit par un agent stressant chronique ou abusif (violence intrafamiliale, abus sexuels, bombardement...).

- les traumatismes de type III :

Le traumatisme de type III a été ajouté à la classification originale, par Solomon et Heide [142], pour désigner des événements multiples, envahissants et violents, présents durant une longue période de temps. Ils sont induits par un agent stressant chronique ou abusif (camps de concentration, camps de prisonniers de guerre, torture, exploitation sexuelle forcée, etc...)

Notons que les traumatismes induits par la torture ou un abus sexuel doivent être assimilés aux traumatismes de type II voire de type III, cela même si l'agent stressant ne s'est présenté qu'une seule fois dans la vie de la personne.

3.2.2 - Classification en fonction de leur intentionnalité :

- Traumatismes non intentionnels :

Catastrophes naturelles et industrielles, accident, incendies, deuils violents, maladie grave...

- Traumatismes intentionnels :

Violences collectives (état de guerre, massacres, génocides), violences extérieures (délinquance, agressions, viols, prises d'otages, attentats, homicides), violences institutionnelles, au travail, violences intrafamiliales : (maltraitance, violences conjugales, inceste).

Les violences interhumaines sont les plus pourvoyeuses de psychotraumatismes.

3.2.3 -Les traumatismes simples et complexes :

- Les traumatismes simples :

La classification d'Herman [73], qui prend en compte l'assujettissement chronique d'une personne ou d'un groupe de personnes par une autre, définit les traumatismes simples comme des traumatismes de type I.

- Les traumatismes complexes :

Les traumatismes complexes résultent d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes : camps de concentration et de prisonniers de guerre, violence familiale constante, agressions sexuelles durant l'enfance, maisons closes...

Les traumatismes complexes sont donc à rapprocher des traumatismes de type III.

3.2.4 - Les traumatismes directs et indirects :

- Les traumatismes directs :

On considère un traumatisme comme direct, lorsque la victime a été confrontée au chaos, au sentiment de mort imminente, d'horreur ou d'effroi. La victime peut avoir été sujet, acteur volontaire ou involontaire, ou encore témoin de l'événement traumatique.

- Les traumatismes indirects ou traumatismes vicariants ou traumatismes par ricochet :

Désormais, il est admis qu'un sujet qui n'a pas subi de traumatisme direct, peut présenter des troubles psychotraumatiques consécutifs aux contacts qu'il entretient avec une personne ou un groupe de personnes traumatisées. C'est donc la rencontre avec la personne traumatisée qui constitue en elle-même l'événement traumatique.

On parle donc de traumatisme vicariant, de traumatisme par ricochet ou de traumatisme secondaire. On peut citer comme exemple les traumatismes trans-générationnels consécutifs à la Seconde Guerre Mondiale [56].

II- HISTORIQUE

La pathologie psychotraumatique est connue depuis très longtemps, déjà dans l'Antiquité avec l'Épopée de Gilgamesh jusqu'à nos jours. En revanche, l'histoire de leur prise en charge est plus récente. De nombreux travaux, principalement ceux du General L. Crocq, présentent un découpage en quatre périodes de l'historique du trauma : les précurseurs ; les fondateurs ; les continuateurs ; les novateurs [8, 50].

1 - Les précurseurs :

La réflexion sur le trauma est aussi ancienne que la violence des hommes et leur interrogation face à l'irruption incompréhensible et parfois brutale de la mort. Les premières traces de description de psychotraumatisme datent de 2000 av. JC avec le récit de l'épopée mésopotamienne de Gilgamesh (qui pleure la mort d'Enkidu et dont l'angoisse le pousse à poursuivre la vie sans fin), puis en 900 av. JC dans l'Illiade d'Homère. L'Antiquité nous livre également de véritables tableaux cliniques, tel le cas du guerrier athénien Epizelos (390 av. JC) qui lors de la bataille de Marathon "perdit la vue sans avoir été frappé ni de près, ni de loin" (Hérodote), description d'une véritable cécité hystérique émotionnelle en pleine bataille.

On retrouve aussi des références à des rêves traumatiques dans le traité des songes d'Hippocrate (400 av. JC), l'Anabase de Xenophon (390 av. JC), le De natura rerum de Lucrèce (vers 55 av. JC) et, plus tard, dans la Chanson de Roland (vers 1100) - Aude meurt sur le coup en apprenant la mort de Roland à Roncevaux le 15 août 778 - et dans les Chroniques de Froissard (1388).

Le jeune roi Charles IX, au lendemain du massacre de la Saint-Barthélemy dont il fut témoin en 1572, se plaint d'être assailli par des hallucinations et des cauchemars terrifiants.

A la même époque, Shakespeare dans Roméo et Juliette et Henri IV, mentionne des rêves de bataille et des cauchemars de guerre.

En 1654, ses chevaux emballés manquent de verser le carrosse de Pascal dans la Seine au pont de Neuilly. Il présentera ensuite tous les symptômes de ce qui sera dénommé plus tard névrose traumatique, symptômes décrits par P. Pinel (*Nosographie Philosophique*, 1798).

Desgenettes, Percy et Larrey, trois médecins de la Grande Armée Napoléonienne, décrivent sous le terme de (*vent du boulet*) les états confuso-stuporeux présentés par les combattants épargnés de justesse par l'explosion d'un obus ou le souffle d'un boulet, tout près d'eux.

Les guerres du milieu du XIXe siècle sont encore plus vulnérantes et pourvoyeuses d'horreur.

Henri Dunant, secouriste bénévole de la bataille du 24 juin 1859, décrit, trois ans après les faits, dans « *Un souvenir de Solferino* », l'hébétude et le désespoir des soldats blessés abandonnés sans secours sur le champ de bataille, ainsi que le désarroi émotionnel des secouristes.

M. Da Costa et S.W. Mitchell, médecins dans l'armée nordiste durant la guerre de Sécession américaine (1861-1865) ont décrit, respectivement, le « *cœur du soldat* » -une sorte d'anxiété cardio-vasculaire due à l'épuisement et à la frayeur, réductible par la digitaline et le repos- et « *l'hystérie post-émotionnelle* » chez l'homme.

2 - Les fondateurs : découverte de l'inconscient traumatique :

En 1888, l'Allemand HERMAN OPPENHEIM, au sujet des accidents de chemin de fer, décrit sous le nom de névrose traumatique une entité clinique autonome comprenant le souvenir obsédant de l'accident, des troubles du sommeil, des cauchemars de reviviscence, les phobies électives et la labilité émotionnelle. Il opte pour la thèse psychogénique incriminant l'effroi (*Schreck*), qui provoque un ébranlement psychique "tellement intense qu'il en résulte une altération psychique durable". Sa description clinique s'intègre dans le contexte de l'intérêt porté à la pathologie psychique consécutive aux accidents de chemin de fer, attribuée généralement aux effets mécaniques de la commotion de l'encéphale (d'où le *railway brain* et le *railway spine* de Putnam et Walton en 1884). Tandis que certains cliniciens dont J.-M. Charcot à la Salpêtrière, optaient pour l'hypothèse émotionnelle, au vu des disproportions évidentes entre certains tableaux cliniques spectaculaires et le choc physique minime qui était censé les avoir déterminés [36]. Charcot n'a jamais reconnu l'existence de la névrose traumatique préférant rattacher ce symptôme clinique à l'hystérie, la neurasthénie, voire l'hystero-neurasthénie, diagnostic créé pour la circonstance. Après la mort de Charcot en 1893, la névrose traumatique gagne son droit de cité, et se voit consacrer des ouvrages démonstratifs.

En 1889 P. JANET dans sa thèse de doctorat sur « *l'automatisme mental* » [75], présentant 21 cas d'hystérie et de neurasthénie, dont plus de la moitié sont traumatiques. Il montre que

ces états peuvent être réduits par induction hypnotique, attribuant leur pathogénèse à la dissociation de la conscience, la partie de la conscience liée à la souvenance brute de l'expérience traumatique (souvenances de sensations, d'images, d'éprouvés et qu'il dénomme idée fixe). Faisant bande à part dans un recoin de la conscience, tel un corps étranger, et suscitant des actes et des rêveries archaïques, inadaptés, automatiques, sans liaison avec le reste de la conscience qui continue d'inspirer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés.

A cette même époque, Freud venu à Paris assister au congrès sur l'hypnotisme, y découvre que Janet professe des idées semblables aux siennes, et publie quelques années plus tard ses conceptions sur la question. Il emprunte à Janet les hypothèses de la dissociation du conscient et du corps étranger "parasite", trouve le mot de réminiscence, que Janet n'avait pas su trouver, et prône une thérapie cathartique de ces hystéries traumatiques, dans laquelle il convient de faire revivre l'événement assorti de toute sa charge d'affect et de faire associer à son sujet.

Dans l'histoire de la pensée psychiatrique, la découverte de l'inconscient traumatique a donc inauguré celle de l'inconscient.

3 - Les continuateurs : la psychiatrie de guerre

Le XXe siècle a été un siècle de guerre qui n'a pas connu une année sans qu'il y ait une guerre quelque part sur la planète, avec son cortège de violence, de souffrance et de misère. La guerre des Boers (1899-1902), en Afrique du Sud, a connu des cas de conversion hystérique après une émotion violente éprouvée au combat. Idem concernant la guerre russo-japonaise de 1904-1905, à laquelle l'Allemand HONIGMAN, psychiatre volontaire à la croix rouge, a participé et a créé le terme de "névrose de guerre" (1908). C'est également au cours de ce conflit que fut instaurée la doctrine de la "psychiatrie de l'avant", avec charrettes hippomobiles parcourant le front à la recherche des blessés psychiques, triés, puis traités à proximité du front. Mais ces expériences furent totalement oubliées quand la première guerre mondiale éclata, et la masse des blessés psychiatriques évacués sur les hôpitaux de l'arrière et persévérant dans leurs symptômes pour ne pas être renvoyés au front, finit par constituer une fonte non négligeable des effectifs.

Sur le plan clinique, "l'hypnose des batailles" identifiée par Milian (1915), désignant les états confuso-stuporeux observés dans les durs combats du début de la guerre, laissa place au "Shell-Shock" observé une fois que le front fut stabilisé et que les soldats terrés dans leurs tranchées étaient écrasés sous les pilonnages d'artillerie. Le "shellshock" ou "obusite"

en français [50], était un diagnostic reconnu dans les deux camps, mais paraissant davantage provoqué par des syndromes post-émotionnels que post-commotionnels.

Les diagnostics les plus souvent posés seront par la suite, l'anxiété, la neurasthénie et l'hystérie de guerre, puis la névrose de guerre et la psychonévrose de guerre.

Sur le plan pathogénique, l'hypothèse commotionnelle céda peu à peu la place à l'hypothèse émotionnelle, et aux premières avancées de la psychanalyse dans ce domaine, rattachant le symptôme conversif à sa signification symbolique et inscrivant la pathogénie traumatique dans les avatars de la libido narcissique, tandis que l'Allemand E. Simmel insistait sur la régression de la personnalité sous l'impact du trauma [140].

Sur le plan thérapeutique, toute la gamme des sédatifs connus de l'époque fut essayée avec plus ou moins de succès, ainsi que le repos, l'hypnose, la narco-analyse sous éther ou chloral et la psychothérapie appuyée de persuasion et même de conditionnement aversif par excitation électrique douloureuse.

A la fin de la guerre, les dispositifs de psychiatrie de l'avant seront préconisés par les praticiens de l'époque, doctrine qui sera ensuite reprise et codifiée par l'Américain SALMON, avec les cinq principes : immédiateté, proximité, espérance de guérison, simplicité et centralité.

C'est au lendemain de la guerre que FREUD, écrit son essai « Au-delà du principe du plaisir » [67], dans lequel, s'interrogeant sur le paradoxe du cauchemar traumatique qui contrevient au principe hédonique du rêve. Il en vient à identifier une « compulsion de répétition », défense antérieure au principe du plaisir (répéter le désagréable pour s'y habituer), et à postuler derrière elle une pulsion de mort, attirance fascinée vers l'inanimé et la mort, et répondant dialectique de la libido, qui est pulsion de vie. FENICHEL [61], reprenant les conceptions de Freud, déterminera clairement le tableau clinique de la névrose traumatique, selon trois axes :

- les symptômes de répétition ;
- les « complications psychonévrotiques » anxio-phobiques, hystériques, ou obsessionnelles ;
- le blocage des fonctions du moi (fonctions de filtration des stimuli de l'environnement, fonction de présence et fonctions libidinales de sexualité et de relation affective à autrui).

De nouveau, lors de la seconde guerre mondiale, on assistera à une fonte des effectifs du fait des évacuations vers l'arrière, la leçon de la première guerre sur les dispositifs de l'avant était déjà oubliée. La circulaire Bradley en 1943 mettra fin à ces carences en restituant la psychiatrie de l'avant, préconisant un traitement et une observation d'une semaine des blessés psychiques et de n'évacuer vers l'arrière que les cas résistants.

Ainsi, dans l'armée américaine, la statistique a dénombré 350 000 pertes psychiques, soit à peine la moitié du chiffre des blessés physiques, et ce malgré une sélection psychique très serrée qui a éliminé un million d'hommes sur une ressource de 11 millions. Sur le plan clinique, on retrouve moins d'hystéries et davantage de troubles psychosomatiques.

Sur le plan étiopathogénique, on incrimine non seulement la violence et la durée des combats, mais aussi les conflits intrapsychiques présents « le fight or flight, combattre ou fuir » ou anciens et les conflits extra psychiques (conflits de groupe). Abraham Kardiner [1] se démarque du freudisme en opposant l'ego effectif, impliqué dans les névroses de guerre, à l'ego affectif, mis en cause dans les névroses de transfert. Sur le plan thérapeutique, la narcoanalyse et l'hypnose sont pratiquées à grande échelle, au sein de programmes de traitement et de réhabilitation où la sociothérapie tient une place importante [2, 8, 13].

La Seconde Guerre Mondiale s'achèvera avec la découverte des camps d'extermination nazis et l'explosion des bombes atomiques d'Hiroshima et Nagasaki. Le Français Targowla identifia très tôt le "syndrome des déportés" [144], avec asthénie et hypermnésie émotionnelle (équivalent du syndrome de répétition), redécouvert une dizaine d'années plus tard par Eitinger qui le nomma "KZ syndrome", nom depuis adopté par la communauté internationale anglophone. Quant aux rescapés de la bombe atomique, c'est l'Américain LIFTON qui, quinze ans après la fin de la guerre, définit un profil psychopathologique spécial des rescapés caractérisé par l'inhibition, la dépression et la dévalorisation [45].

En 1950, avec la guerre de Corée, les dispositifs efficaces de psychiatrie de l'avant seront instaurés. En revanche les leçons thérapeutiques des guerres précédentes sont oubliées lors des guerres postcoloniales d'Indochine, d'Algérie, d'Indonésie, de Rhodésie et d'Angola.

Sur le plan clinique, on y observe un profil différent du profil des guerres à grosse puissance de feu, et on décrit ce que L. CROCQ a appelé "la névrose de guérilla" [53], où l'insécurité quotidienne de la vie en poste isolé, des patrouilles et des embuscades et la culpabilité éprouvée comme témoin ou acteur d'exactions créent un climat névrogène et une pathologie proche de l'ancienne nostalgie et compliquée d'alcoolisme.

C'est la guerre du Viêt-Nam (1964-1973) qui ranima l'attention de la psychiatrie internationale sur l'existence des syndromes psychotraumatiques séquellaires de guerre.

Malgré des dispositions de psychiatrie de l'avant prises dès le début du conflit, le nombre des "post-Viêt-nam syndromes" différés et manifestés après la démobilisation et le retour au pays devint préoccupant. Les symptômes les plus souvent retrouvés chez les vétérans traumatisés éclataient au terme d'un assez long temps de latence (semaines ou mois) après le

retour en métropole. Ils comprenaient des reviviscences pénibles, des cauchemars, un état d'alerte, l'impression d'être séparé d'autrui par une "membrane psychique" d'incommunicabilité, de l'agressivité et surtout l'impression d'avoir perdu son ancienne personnalité, aboutissant le plus souvent à une incapacité à se réinsérer dans la vie professionnelle et sociale. C'est à cette période qu'émergea, à l'initiative de Shatan, la réflexion aboutissant à l'introduction du diagnostic de Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) [133] - équivalent de la névrose traumatique des Européens - dans la troisième version du système nosologique américain DSM (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder)

En 1980. Afin que ces vétérans traumatisés, refusant de consulter hôpitaux militaires et praticiens civils, puissent bénéficier des soins nécessaires, fut créé le réseau des Vet Centers, centres de consultations installés sur tout le territoire américain et comprenant des psychiatres, des psychologues, des assistants sociaux, des éducateurs ou encore des conseillers juridiques. Dix ans après sa création, en 1989, le réseau avait reçu et aidé 700 000 vétérans, soit près du quart des trois millions de GI qui avaient été envoyés au Viêt-Nam [55].

4 - Les novateurs

Par-delà l'expérience militaire, toute une série d'observations et de réflexions sur les traumatismes psychiques survenant dans la société civile, en temps de paix, sont venues s'étoffer le corpus des travaux sur le PTSD : catastrophes naturelles ou technologiques, accidents individuels ou collectifs, agressions, viols... donnant lieu à de nombreuses publications.

Avec l'expérience, les auteurs du DSM ont été amenés à modifier leurs critères diagnostiques du PTSD, en 1987 avec le DSM-III R et en 1994 avec le DSM IV.

Les dernières modifications portent sur le critère A (l'événement traumatisant doit avoir été vécu dans la peur, l'impuissance ou l'horreur), le critère B (on y replace la réactivité psychophysiologique lors de l'exposition à des indices évocateurs, jusqu'alors rattachée aux critères D). le critère C (l'évitement des stimuli évocateurs est joint à l'émoussement de la réactivité), le critère D, dit d'hyperexcitabilité et de nouveaux critères E et F portant respectivement sur la durée des troubles de plus d'un mois (critère E), et sur la souffrance subjective cliniquement significative et l'altération du fonctionnement social (critère F).

Dans le DSM IV apparaît pour la première fois le diagnostic d' "état de stress aigu", qui regroupe les critères d'ESPT auxquels s'ajoute l'existence d'un état de dissociation apparaissant dans un créneau de durée de deux jours à quatre semaines après le traumatisme,

établissant par là-même un critère temporel nouveau. Nous pouvons noter que la notion de réaction immédiate (premières heures, premier jour) n'apparaît pas dans cette classification. Ces modifications du DSM ne sont pas inspirées par un souci d'adéquation à la réalité clinique, mais plutôt par un rapprochement progressif inavoué de la pensée américaine vers la clinique psychiatrique européenne. Ce rapprochement se manifeste par l'exigence du caractère vécu de l'événement traumatique et par la reconnaissance implicite du blocage de la personnalité (hyper vigilance, sursauts, difficultés d'endormissement, évitement des stimuli et émoussement de la réactivité générale).

La dixième révision de la Classification Internationale des Maladies mentales (CIM 10) est parue en 1992, et propose : le "diagnostic de réaction aiguë à un facteur de stress" (cote F43.0) ou réaction immédiate du premier jour, "état de stress post-traumatique" (cote F43.1) et "modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe" (cote F62.0). Ce dernier diagnostic souligne l'altération de personnalité caractéristique des conséquences de l'expérience traumatique.

En France, de 1965 à 1986, CROCQ et al. Publièrent une série d'articles sur les névroses de guerre et le traumatisme. Puis, CLAUDE BARROIS fit paraître en 1988 le premier ouvrage de référence sur ces troubles [8], dans ses aspects historiques, cliniques et une optique alliant psychanalyse et phénoménologie, reprise par L. CROCQ dans son ouvrage de référence Les traumatismes psychiques de guerre[50]. Par ailleurs, plusieurs cliniciens (BRIOLE, LEBIGOT) ont proposé une relance de la psychanalyse des névroses traumatiques, en reprenant la métaphore freudienne de la vésicule vivante ou en y transposant la pensée lacanienne [36, 100].

L'accroissement de la violence, tant lors des conflits armés que dans la vie quotidienne en temps de paix (terrorisme), a conduit les gouvernements dans divers pays à s'inquiéter du sort des victimes et à élaborer des politiques cohérentes de prise en charge et de suivi psychologique, au-delà des actions ponctuelles au coup par coup.

5 - Frantz Fanon et le psychotraumatisme :

On ne peut parler de l'histoire du psychotraumatisme sans citer les travaux du psychiatre et militant de la lutte de libération Algérienne FRANTZ FANON.

D'origine antillaise, homme engagé dans la lutte contre le colonialisme est un fin observateur des comportements humains quand l'individu est aliéné par la domination d'un système politique "*Peau noire masques blancs*" et des réactions psychopathologiques de l'homme confronté à la guerre, à la torture "*Les damnés de la terre*" [60].

Dès sa prise de fonction à l'hôpital psychiatrique de Blida en 1953 à l'âge de 28 ans, il se révolte contre les méthodes employées jusque-là à l'égard des malades indigènes, attirant l'attention des psychiatres français et internationaux sur la difficulté qu'il y avait à « guérir » correctement un colonisé, c'est-à-dire à le rendre homogène de part en part à un milieu social de type colonial "*Les damnés de la terre*". Il aborde les troubles mentaux et la guerre coloniale. Il a pris fait et cause pour la guerre de libération algérienne et deviendra une des figures de proue de la lutte anticolonialiste et du mouvement noir dans le monde [132].

Fanon insiste sur l'originalité de la guerre coloniale, même dans la pathologie qu'elle secrète, et évoque la malignité des troubles par rapport à ceux rapportés dans les nombreux écrits qui ont suivi les deux grandes guerres par exemple. Fanon estime que la violence subie était omniprésente, y compris de la part de certains milieux médicaux – faisant référence à la tristement célèbre école d'Alger.

A la fin de son ouvrage "*Les damnés de la terre*", FANON a rapporté des cas de patients algérien et français qu'il a lui-même soigné. Il insistera sur la notion de psychose réactionnelle, dans ses nombreuses observations, qui ne sont pas fort approfondies, il rapporte dans le désordre tous les critères définis dans la grille du PTSD : la survenu d'un événement particulier, la reviviscence, l'évitement et les signes végétatifs [60].

A la lecture de Fanon, on est frappé par sa perception de la violence politique. La lecture approfondie de son analyse nous aide à mieux saisir la complexité éthique et politique des formes contemporaines de la violence, et soulève la question de la définition du terrorisme et de sa distinction des luttes justes contre l'oppression quelle qu'elle soit.

III- EPIDEMIOLOGIE :

Les données épidémiologiques du TSPT peuvent varier en fonction du genre, de l'âge, du type d'événement vécu, des instruments de mesure utilisés ou de différences dans la définition de l'événement traumatique [33, 142].

Les grandes études épidémiologiques en matière de traumatisme psychique sont peu nombreuses en Europe et quasi inexistantes dans les pays francophones.

Ce chapitre abordera la prévalence des troubles post traumatique en population générale et dans les groupes de population spécifiques

1- Prévalence des troubles post traumatique en population générale :

L'épidémiologie de ces troubles est largement dominée par les études américaines et ce, depuis plus d'une trentaine d'années.

Le taux de prévalence à vie de l'ÉSPT chez les groupes à haut risque de vivre un ET se situe habituellement entre 30 % et 45 %, alors que la prévalence de l'ÉSPT chez la population générale se situe entre 7 % et 8 % [88, 107].

Le recueil des données se fait de manière rétrospective puisque l'exposition à un événement potentiellement traumatique fait appel à des éléments issus de l'interrogatoire du sujet.

Les critères diagnostiques utilisés sont ceux du DSM III, III-R, IV, IV-R, suivant l'ancienneté de l'étude.

1.1- L'étude ECA de Saint-Louis (HELZER, 1987) [128] :

La première grande étude réalisée aux USA est l'étude ECA (Epidemiologic Catchment Area) de Saint-Louis (HALZER, 1987) qui examine une population de 2493 personnes répartis sur tout le territoire américain.

On y retrouve une prévalence d'état de stress post-traumatique sur la vie entière de 0,5 % chez les hommes et 1,3% chez les femmes.

Elle met en évidence aussi que 15% des hommes et 16% des femmes présentent certains symptômes psychiques spécifiques après une expérience traumatique.

Elle montre une forte comorbidité psychiatrique.

La même enquête reprise en 1992 (COTTLER 1992) retrouve une prévalence globale de 1,35% et les auteurs révèlent trois fois plus d'expériences traumatiques chez les consommateurs de drogues.

1.2 - L'étude ECA de l'université de Duke (DAVIDSON) [58] :

La prévalence des états de stress post-traumatique est de 0,6% à 6 mois et de 1,3% vie entière.

Dans cette étude, les personnes souffrant d'état de stress post-traumatique sont plus instables sur le plan professionnel, sont plus socialement défavorisées, ont des antécédents psychiatriques et plus d'histoires d'abus sexuels, et présentent une plus importante comorbidité psychiatrique (autres troubles anxieux, somatisation, schizophrénie...) que ceux ne présentant pas d'état de stress post-traumatique.

1.3 - L'étude effectuée à Détroit [30] :

L'étude concerne 1007 jeunes adultes de 21 à 30 ans (comportant 61% de femmes).

La prévalence sur la vie entière d'exposition à un événement potentiellement traumatique est de 39,1% :

- 67,3% ont rapporté l'existence d'un événement traumatique au cours de leur existence
- 23,3% en ont rapporté deux
- 9,4% en ont rapporté trois

Parmi les personnes ayant été exposées à événement traumatique, 23,6% d'entre elles ont présenté un état de stress post-traumatique avec un début des troubles six mois après le traumatisme.

La prévalence sur la vie entière de l'état de stress post-traumatique est de 9,2% pour toute la population étudiée, 6% chez les hommes, 11,3% chez les femmes, soit 8,65% pour le même sex-ratio.

Le taux de l'état de stress post-traumatique varie peu selon le type d'événements traumatiques, à l'exception du viol chez les femmes qui entraîne un taux maximal de 80% d'état de stress post-traumatique. On retrouve une comorbidité importante (la dépression majeure et la dépendance alcoolique).

1.4 - Etude National Comorbidity Survey [88] :

Elle concerne 5877 personnes réparties sur tout le territoire américain (tranche d'âge 15-24 ans). La prévalence vie entière de l'ESPT est de 7,8% (5,4% chez les hommes et 10,4% chez les femmes).

La prévalence sur la vie entière de l'exposition à un événement potentiellement traumatique est de 60,7% chez les hommes et 51,2% chez les femmes.

Le taux d'ESPT après un événement traumatique diffère considérablement suivant l'événement lui-même et, pour un même événement, suivant le sexe.

La tranche d'âge 15-24 est moins exposée mais est plus sensible à l'ESPT.

On retrouve une importante comorbidité psychiatrique chez les sujets souffrant d'ESPT (88,3% pour les hommes et 79% pour les femmes).

1.5 - Reprise de l'enquête de Détroit [33] :

Elle analyse une population de 2181 personnes (tranche d'âge de 18 à 45). Les auteurs ne se centrent pas sur l'événement le pire ou le plus marquant, rapporté, mais explorent également l'ESPT en lien avec le premier événement vécu rapporté et l'ESPT en lien avec un événement sélectionné au hasard.

On retrouve que l'ESPT après exposition potentiellement traumatique est de 9,2%.

Le risque d'exposition sur la vie entière à un événement potentiellement traumatique est de 89,6% ; l'événement le plus souvent rapporté est le décès soudain et inattendu d'un proche (60%).

Le risque d'ESPT après exposition varie en fonction du type d'événement ; 20,9% pour les victimes d'agressions violentes, 14,3% pour le décès soudain et inattendu d'un proche, 22% pour le fait d'avoir appris l'expérience traumatique d'autrui.

Pour une même exposition traumatique, le risque d'ESPT est deux fois plus important chez la femme et est plus important chez les sujets qui sont plus défavorisés sur le plan socio-économique.

1.6 - Etude en Islande [104] :

Il s'agit d'une étude qui explore la morbidité psychiatrique et qui mentionne la prévalence de l'ESPT.

Elle concerne une population de 862 sujets (441 hommes et 421 femmes), vivant sur le sol islandais et comprenant la moitié des personnes nées en 1931.

La prévalence sur la vie entière des troubles anxieux est de 44% (28% chez les hommes et 60% chez les femmes) et celle de l'ESPT est de 0,6% et n'affecte que les femmes.

1.7 - Etude à Hong Kong [44] :

L'étude concerne une population de 7229 personnes âgées de 18 à 64 ans.

La prévalence vie entière des troubles anxieux est de 17% (12% chez les hommes et 22% chez les femmes) et celle de l'ESPT est de 0,6% (0,57% chez les hommes et 0,66% chez les femmes).

1.8 - Etude à Munich [125] :

Elle explore la prévalence de l'ESPT parmi une population de 3021 sujets âgés de 14 à 24 ans.

26% des hommes et 17,7% des femmes rapportent un événement potentiellement traumatique durant leur vie ; parmi eux 1% des hommes et 2,2% des femmes ont présenté un ESPT (une prévalence totale de 1,6%).

Cette étude montre une prévalence d'ESPT nettement plus faible que celle retrouvée chez les jeunes nord-américains, par contre la comorbidité associée aux troubles post-traumatique est très forte et sensiblement la même que celle décrite dans les études américaines.

On constate que les études épidémiologiques dans le cadre du psychotrauma ont été essentiellement américaines.

1.9 - En Europe :

Les résultats montrent une prévalence des troubles traumatiques en population générale qui semble nettement moins élevée.

On relève deux grandes études de santé mentale européenne ESEMed (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) [3] et française Enquête SMGG (Santé Mentale en Population Générale) [148], dans lesquelles l'ESPT est inclus.

- Selon l'étude ESEMed (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders), publiée en 2004 par Alonso et al, réalisée sur un échantillon d'environ 21500 sujets résidant dans six pays d'Europe, la prévalence vie entière de l'ESPT est estimée à 1,9% (2,9% chez les femmes et 0,9% chez les hommes).

Ces chiffres sont comparables à ceux de l'étude SMPG.

- Cette étude SMPG (Santé Mentale en Population Générale) a été menée par le centre Français de l’OMS, sur un échantillon d’environ 30500 sujets majeurs représentatifs de la population française métropolitaine. Elle relève une prévalence de 0,9% pour l’ESPT (0,6% chez les hommes et 1,1% chez les femmes)

L’exposition à un événement traumatique vie entière était retrouvée chez 30% des sujets.

Quant au diagnostic de psychotraumatisme au sens large, il était retrouvé chez 4,6% de la population (4% chez les hommes, 5% chez les femmes), ce diagnostic englobant l’exposition à un événement traumatique, des réviviscences en rapport avec l’événement et au moins un élément de retentissement psychopathologique dans le mois écoulé (conduite d’évitement ou d’hyperéveil).

Le pourcentage de personnes présentant un ESPT chronique est de 1,9% et les femmes ont deux fois plus de risque de développer un ESPT mais elles sont deux fois moins exposées que les hommes à un événement traumatique.

Les deux études constatent également que l’ESPT est fréquemment comorbide : à l’état dépressif (39,1 %), à une dépression récurrente (17,5 %), à un trouble anxieux généralisé (61,5%), à un trouble panique (18,6%), à une phobie sociale (15,9%), à des troubles liés à l’alcool (13,5%), ou au drogues (11,4%), et surtout à un risque suicidaire (30,9%).

1.10 - En Algérie :

- Une étude réalisée par la Société Algérienne de Recherche en Psychologie (SARP) en 1999, sur un échantillon de population adulte des localités de Sidi Moussa et de Dely Ibrahim a donné les résultats suivant : L’ESPT représente le trouble psychiatrique le plus fréquent puisqu’il touche 37% de la population étudiée ; il est de 48% à Sidi Moussa et de 27% à Dely Ibrahim. La prévalence est de 44% chez les femmes et de 32% chez les hommes.
- Une autre enquête de prévalence de l’ESPT a été réalisée chez les adolescents âgés de 12 à 18 ans, a été réalisée conjointement par le ministère de la santé et l’UNICEF dans 10 wilayas les plus touchées par les violences des années quatre-vingt-dix a donné des taux de prévalence de l’ESPT. Se situant entre 4,16 et 29,23% [26].

Wilaya	Taux de prévalence	Wilaya	Taux de prévalence
Alger	18,34% (+/- 2,46)	Chlef	29,23% (+/-3,14)
Blida	16,64% (+/- 2,10)	Saida	21,51% (+/-2,78)
Constantine	9,4% (+/-1,64)	Tlemcen	9,24% (+/-1,64)
Jijel	17,26% (+/- 2,15)		
Médéa	26,03% (+/-0,26)		
Tizi Ouzou	9,58% (+/-1,17)		
Bouira	4,16% (+/- 1,22)		

Ce tableau résume la Prévalence de l'ESPT chez des adolescents de 12 à 18 ans (enquête UNICEF Algérie, 1999).

- Une enquête épidémiologique multicentrique intitulée « Santé mentale en population générale : Image et réalité » a été réalisée du 10 mai au 22 juin 2003 à Chéraga (ALGER), à Nouakchott (Mauritanie) au mois de janvier 2003 et à Angers (France) au mois d'octobre 2001. L'enquête a concerné un échantillon de 900 personnes, représentatif de la population de la commune de Chéraga.

La population interrogée avant le tremblement de terre du 21 juin 2003 était au nombre de 401 personnes, on y retrouvait 2,66% d'ESPT et après le tremblement de terre, 499 personnes ont été interrogées et l'on y retrouve 10,78% d'ESPT.

On retrouve 13,44% d'ESPT à Chéraga, 2,58% à Nouakchott, et 0,45% à Angers.

2 - Epidémiologie parmi des groupes de populations spécifiques.

2.1 - En milieu militaire :

Les troubles psychiques de guerre ont été très étudiés en médecine militaire, grâce à quoi nous avons découvert la pathologie psychotraumatique.

Il s'agit d'une population quasi expérimentale ; les études sont très nombreuses mais ont des méthodologies peu comparables.

La population des vétérans du Vietnam est sans doute la population la plus étudiée : 35 études épidémiologiques ont été recensées selon Mac Farlane (1996) [106] et la proportion d'ESPT varie de 7% à 12%. Ces différences s'expliquent surtout par les délais divers entre l'apparition des troubles et leur évaluation.

L'étude la plus importante serait celle de la National Vietnam Vétérans Reajustment Study réalisée par KULKA et coll. en 1990 au cours de laquelle 15% d'ESPT complets et 11% de symptômes partiels sont retrouvés chez les anciens combattants du Vietnam.

Certaines études insistent sur l'importante comorbidité (autres troubles anxieux et dépression majeure) chez ces vétérans.

Une étude française en 1992 [56] sur une population de 819 soldats français enrôlés dans l'armée allemande au cours de la seconde guerre mondiale et fut prisonniers par les soviétiques, retrouve :

71% d'ESPT avec des troubles séquellaires associés à la sévérité et à la durée de la captivité.

Une autre étude israélienne [118] retrouve un taux d'ESPT de 12,8% chez les prisonniers de guerre israéliens, alors que ce dernier est de 3,3% dans une population appariée de combattants n'ayant pas été emprisonné.

Chez les vétérans britanniques de la guerre des Malouines [119], le taux d'ESPT cinq ans après le conflit était évalué à 22%.

Chez les combattants australiens engagés en Somalie [151], le taux d'ESPT 15 mois après la fin du conflit était évalué à 20%.

En Algérie, une étude a été réalisée sur l'ESPT de l'adulte à Alger à propos de 100 patients militaire consultant à l'hôpital central de l'armée en 2000 [5].

2.2- Les policiers :

Une étude hollandaise effectuée sur 262 policiers soumis à un événement potentiellement traumatique retrouve une prévalence de 7% pour l'ESPT complet et de 34% pour l'ESPT partiel [40].

Les auteurs montrent peu de différence avec la prévalence en population générale, ce qui s'expliquerait par le niveau de préparation psychologique préalable et protecteur de cette population.

2.3- Les sapeurs-pompiers :

Plusieurs études ne montrent pas de pathologie traumatique anormalement élevée après un événement potentiellement traumatisant, le taux oscille autour de 10 %. Pour tous ces auteurs, le niveau de préparation psychologique de ces professionnels est un facteur protecteur déterminant [56, 74].

2.4- Le personnel des SAMU de paris :

L'étude de Jehel en 1999 [79] porte sur une population de 100 sujets dont 61% ont rapporté au moins un événement potentiellement traumatique survenu dans le cadre de leur exercice professionnel, montre que 11% de troubles psychotraumatiques, 36% présentant des scores élevés à l'échelle d'épuisement professionnel, 50% des scores anormalement élevés à l'échelle d'anxiété et 20% à l'échelle de dépression. Ces taux sont de 20% et 10% en population générale.

3 - Epidémiologie parmi des groupes de population soumis à un événement particulier

A côté des faits de guerre, certains événements ont intrinsèquement une forte potentialité traumatique.

3.1- Les attaques terroristes, les crimes et les agressions violentes :

Les attaques terroristes, les crimes et les agressions violentes de toute nature sont classiquement considérés comme les plus traumatiques.

- Les études retiennent des taux élevés de troubles post-traumatiques : 20% pour Brewin (1999), 22% pour Breslau et 25% pour Mac Farlane (1996) [56].
- L'attentat d'Oklahoma City : le taux de PTSD était de 34, 3% chez 182 victimes interrogées six mois après.

- Lors des attentats commis en France entre 1982 et 1987, le taux de PTSD était de 10,5% chez les personnes indemne de blessures, de 8,3% chez les personnes ayant été modérément blessées et de 30,7% chez les personnes gravement blessées physiquement.
- L'attentat du 3 décembre 1996 sur le RER Port-Royal à Paris, qui a fait plus d'une centaine de victimes, dont 38,5% présentaient un TSPT à 6 mois, 34,4% à 18 mois et 25% à 32 mois [78]. Par ailleurs, dans cette même étude présenter un TSPT à 6 mois ne permettait pas de prédire significativement les scores à l'échelle d'impact de l'événement à 32 mois.
- Plusieurs études ont évalué le devenir des victimes du 11 Septembre 2001. Près de 3 ans après ce terrible événement, sur une cohorte de 3 221 survivants une prévalence de probable TSPT de 15% (score seuil à la PTSD CheckList > 50) a pu être observée. Parallèlement, parmi 5 656 pompiers qui sont intervenus sur les lieux de cette catastrophe, 11,1% présentaient 3 à 4 ans après des symptômes de TSPT. Une autre étude e été réalisée chez 1008 sujet vivant au sud de la 111^e rue de Manhattan, évalués par téléphone cinq à neuf semaines après, retrouve un taux de PTSD de 7,5% et 9,7% de dépression. Lorsque les personnes habitent à proximité réduite du World Trade Centre les taux de PTSD atteignent 20%.

3.2 - Le viol et les agressions sexuelles :

Etre victime d'une agression sexuelle est considérée comme la situation la plus traumatisante. Plusieurs études ont souligné le risque élevé de développer des symptômes de TSPT suite à l'exposition à ce type d'événement.

- Une enquête réalisée à l'Hôtel-Dieu de Paris, un à trois ans après les faits, chez 120 victimes d'agression sexuelle retrouve des taux de 65% de PTSD et 71% de dépression.
- Une étude prospective sur 92 sujets victimes de viol retrouve 85% de PTSD après un mois et 74% de PTSD à 4 mois avec des troubles graves du comportement et des conduites (30% de tentative de suicide, 24% d'abus d'alcool et 25% de fugues). Ces résultats confirment les études en population générale ou le taux de TSPT secondaire à un viol varie de 60% à 80% [88, 142].

3.3- Les catastrophes naturelles et les accidents technologiques et de transport.

- L'étude contrôlée de Shore et al. compare, un an après, une population exposée à l'éruption volcanique du mont Saint Halène et une population témoin. Elle retrouve chez les personnes à haut niveau d'exposition traumatique des taux élevés de PTSD, d'anxiété généralisée et de symptômes dépressifs de 11,1% versus 0,9% chez les hommes et de 20,9% versus 1,9% chez les femmes [5, 56].
- L'étude de Birmes et al. (2005) sur les victimes de l'explosion de l'usine AZF à Toulouse en septembre 2001, rapportait à 6 mois une prévalence élevée de symptômes de TSPT (43%) dans un groupe de victimes blessées [17].

IV- ETUDE CLINIQUE

Le DSM-IV-TR est le manuel le plus largement utilisé dans sa description des symptômes et des conditions retenues pour le diagnostic, nous nous appuyerons donc sur celui-ci [4].

1 - Critères diagnostiques de l'ESA selon le DSM-IV-TR :

Il s'agit d'une notion introduite en 1994, dans le DSM IV. Cette entité clinique décrit la symptomatologie du mois suivant l'événement traumatisant, avec comme objectif, l'identification des patients à haut risque de ESPT. En effet, l'existence de cette nouvelle entité clinique est liée à une volonté des auteurs du DSM d'améliorer le repérage des sujets à risque. Les critères diagnostiques de l'ESA sont les suivants :

A. La victime a été exposée à un événement traumatisant au cours duquel deux des éléments suivants sont présents :

- La personne a vécu, a été témoin ou a été confrontée avec un ou des événements impliquant, pour elle-même ou d'autres, un risque de mort, de lésion grave ou une menace vitale immédiate.
- La réaction implique une peur intense, une sensation d'abandon ou d'horreur.

B. Soit au cours de l'événement soit après, la victime présente trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants :

- Une sensation subjective d'engourdissement, de détachement, une absence d'émotion.
- Une perte de conscience de l'environnement (état de stupeur).
- Une perte de contact avec la réalité.
- Un trouble du comportement, de la personnalité.
- Une amnésie dissociative impliquant l'incapacité de se remémorer certains aspects de l'événement.

C. L'événement traumatisant est revécu de façon persistante d'au moins une des façons suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flashbacks récurrents, sentiment de revivre le traumatisme ou détresse au contact d'éléments rappelant l'événement.

D. Comportement d'évitement des stimuli rappelant le traumatisme (pensées, sensations, conversations, activités, lieux, personnes,...).

E. Anxiété marquée et/ou augmentant (difficultés à trouver le sommeil, irritabilité, difficultés de concentration ou au contraire "hypervigilance", réactions motrices exagérées).

F. Les perturbations entraînent détresse et perturbation sociale, empêchant la victime de rechercher ou de demander de l'aide.

G. Les perturbations durent au minimum 2 jours et au maximum 4 semaines. Elles apparaissent dans le mois suivant l'événement.

Ainsi avec la séparation dans le temps, on distingue l'ESA qui peut se développer de 2 jours à 1 mois après l'événement traumatique et l'ESPT dont on ne peut faire le diagnostic qu'à un mois de l'événement. Egalement, on définit la période immédiate comme la période qui débute à partir de l'événement et jusqu'au deuxième jour. La période post-immédiate débute le deuxième jour et prend fin au trentième jour.

2 - Critères diagnostiques du TSPT selon le DSM-IV-TR

Le trépied clinique du TSPT aigu s'articule autour de 3 grands syndromes présents au moins depuis un mois : reviviscences, évitement et hyperactivité neurovégétative. Selon le DSM-IV-TR (APA, 2000) nous retrouvons :

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

(1) Le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;

(2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Note : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

(1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions ;

Note : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

(2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse :

Note : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

(3) Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et

des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication) ;

Note : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.

(4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause ;

(5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause ;

C. Evitement persistant du stimulus associé au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes ;

(1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme ;(2) Efforts pour éviter les activités, les endroits où les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;

(3) Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme ;

(4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;

(5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ;

(6) Restriction des affects (par exemple incapacité à éprouver des sentiments tendres) ;

(7) Sentiment d'avenir « bouché » (par exemple pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoignent deux des manifestations suivantes :

(1) Difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ;

(2) Irritabilité ou accès de colère ;

(3) Difficulté de concentration ;

(4) Hypervigilance ;

(5) Réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Aigu : Si la durée des symptômes est de moins de trois mois,

Chronique : Si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si :

Survenue différée : Si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

Récemment, le DSM V marque une migration des symptômes psychotraumatiques (ASD et PTSD) de la catégorie « Troubles Anxieux » à celle de « Trauma and Stress-Related Disorder ».

L'APA offre une nouvelle reconnaissance des syndromes psychotraumatiques. La diversité des formes cliniques est marquée par l'inclusion dans cette catégorie d'autres diagnostics : trouble réactif de l'attachement, trouble d'adaptation, trouble d'engagement social désinhibé, troubles liés aux traumatismes et au stress spécifié et non spécifié.

Comme auparavant, l'exposition à un événement adverse constitue le critère A, la liste s'allongeant de l'agression sexuelle ou de la menace d'une telle agression.

De plus, le manuel considère maintenant qu'un sujet puisse être traumatisé du fait de sa proximité émotionnelle avec une victime directe, ou parce qu'il a été confronté de manière répétée à des récits négatifs par le biais de sa profession.

Le critère lié à la réaction émotionnelle face à l'événement a disparu.

Concernant le PTSD, la distinction évolutive entre PTSD aigu et chronique, située à 3 mois, n'existe plus.

Et au sujet de l'ESA, la liste symptomatique reste inchangée.

3 - La phase de latence

Le temps de latence des « névroses traumatiques » était décrit depuis longtemps et Charcot le désignait sous les différents termes évocateurs de temps d' « incubation », de « préparation », de « méditation », de « contemplation », de « rumination » ou d' « élaboration psychique ». P. Janet dans « *L'Automatisme psychologique* » (1889) et « *Névroses et idées fixes* » (1898) parlait d' « émotion retardante » [75].

En France, Sivadon et coll (1953) avaient associé le temps de latence des névroses « post-émotionnelles » à une « allergie émotionnelle », relevant d'un processus immunitaire, utilisant la « métaphore immunologique » des névroses traumatiques [54].

Cette phase de latence a longtemps été considérée comme non extériorisée, cliniquement silencieuse. On retrouve en fait souvent des troubles débutants, a minima, tels qu'isolement, repli sur soi, éléments de reviviscences, ruminations, accès de tristesse, pleurs.

Parfois les symptômes apparaissent sous l'aspect d'une « façade hypomaniaque » de défense face à la perspective d'avoir tôt ou tard à affronter le souvenir du trauma [50]. Il existe une grande variabilité en durée de la phase de latence, allant d'une journée à plus de 6 mois. Il semble que si l'état de stress post-traumatique complet ne se constitue que tardivement dans certains cas, les symptômes apparaissent en réalité plus précocement, se cumulant progressivement. Plus de 10% des cas d'ESPT auraient un temps de latence s'étalant sur quelques mois à plusieurs années [128].

Le cas de figure des temps de latence courant sur plusieurs dizaines d'années est selon L. Crocq « une légende » [50] : Il s'agit en fait de sujets qui souffraient depuis des années sans s'en plaindre de phénomènes de répétition et autres symptômes psychotraumatiques, mais qui, à l'occasion d'un évènement tardif qui réveillait intensément l'ancien trauma (cérémonie de 50ème anniversaire par exemple) ou qui remettait brutalement le sujet en présence de sa mort (comme une intervention chirurgicale cardiaque), réactivaient intensément la névrose de guerre jusqu'alors modérée. Les troubles ne sont parfois rapportés par les patients que tardivement ou attribués à une autre pathologie comme un épisode dépressif majeur.

Plusieurs facteurs sont décrits comme influençant cette latence [54].

- la disparité entre individus, personnalités, et les capacités de coping de chacun.
- le contexte conjoncturel (par exemple, le fait pour un soldat d'être toujours sur le lieu de combat après un traumatisme, nécessitant d'assurer sa survie, explique la fréquente apparition des symptômes post-traumatiques de façon retardée, lors du retour de mission)
- le fait d'être pris en charge, dans un environnement sécurisé juste après le traumatisme (par exemple hospitalisation pour une blessure physique associée au trauma, avec développement des troubles psychotraumatiques lors du retour à domicile).

En milieu militaire, il est licite de considérer que la projection sur la mission interfère avec la chronologie clinique de la maladie. Des aménagements psychiques liés à la dynamique et l'entraide du groupe peuvent s'installer, retardant l'apparition des symptômes. Au retour, lorsque le militaire est au repos, sans la présence de ses frères d'armes, ces mécanismes protecteurs disparaissent [46].

4 - Les formes subsyndromiques et partielles du TSPT

En réponse à l'exposition à un évènement traumatique certains sujets ne développeront pas de symptômes de TSPT et d'autres présenteront les critères d'un TSPT complet ou subsyndromiques ou partiel. A ce jour, les classifications internationales ne reconnaissent

pas les formes subsyndromiques du TSPT. Dans les travaux publiés la forme subsyndromique la plus citée est définie par la présence d'un ou plusieurs critères B (répétition) sans critère C (évitement) ni D (hyper-éveil). Pour Schnurr et al. (2000) [135], le TSPT partiel comprend la présence du critère B associé au critère C ou D, ou la présence d'au moins un symptôme pour les critères B, C et D pendant un mois. Les formes subsyndromiques du TSPT sont logiquement plus fréquentes qu'un TSPT complet. L'étude de Schnyder et al. (2001) [136] a montré à un an une prévalence de 2% de TSPT et de 12,3% de TSPT subsyndromique chez 106 victimes d'un grave accident.

Dans un groupe de 5 057 vétérans du « Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom (OEF/OIF) » du Connecticut, Pietrzak et al. [127] ont montré que 22,3% présentaient un TSPT partiel et 21,5% un TSPT complet.

Certains auteurs soulignent la nécessité de dépister ces formes incomplètes car elles peuvent entraîner un handicap et un retentissement similaire à celui d'un TSPT complet [112, 127].

5. Les Comorbidités du PTSD

L'ESPT se rencontre très fréquemment en présence de troubles psychopathologiques comorbides. On retrouve en effet un autre trouble psychiatrique avec une prévalence sur vie entière de 88,3% pour les hommes et 79% pour les femmes souffrant d'un ESPT [88]. Près de 6 personnes sur 10 ayant un ESPT présentent au moins un autre diagnostic au cours de la période de 12 mois où survient l'ESPT [71]. Ce taux est comparable à celui retrouvé dans la plupart des autres troubles anxieux ou affectifs.

L'épisode dépressif majeur est le trouble le plus fréquemment retrouvé avec une comorbidité allant de 30 à 80% selon les études [42]. On relève également les diagnostics de dysthymie, trouble panique, anxiété généralisée et agoraphobie. L'abus et la dépendance à l'alcool sont retrouvés dans 16 à 55% des cas. La discordance entre les résultats des différentes études peut s'expliquer par la population étudiée, certaines études étant réalisées en population générale tandis que d'autres ciblent des patients consultant un spécialiste [71]. Il existe également un lien fort entre ESPT et suicide : en population française, le risque suicidaire chez les patients atteints d'un ESPT est multiplié par 3,5 [149].

6- Comportements suicidaires et ESPT

Constant (2003), rapporte que l'ESPT est le trouble anxieux le plus associé aux comportements suicidaires. Et en effet, plusieurs études se sont penchées sur les liens existants entre ESPT et comportement suicidaire.

Il ressort de ces études qu'un comportement suicidaire était noté comme significativement plus marqué chez les sujets souffrant d'ESPT [87]. D'autres études mettaient en évidence qu'un tiers des personnes qui présentaient un ESPT commettaient un jour une tentative de suicide [89].

Dans une étude récente réalisée sur une population de jeunes adultes américains, le risque suicidaire était trois fois plus élevé chez les jeunes qui présentaient un ESPT [153]. Parmi 1698 jeunes adultes interrogés (moyenne d'âge de 21 ans) :

- 75% des sujets avaient été exposés à un événement traumatique,
- seulement 8 % ont développé un ESPT,
- 10% des individus présentant un ESPT ont tenté de se suicider, contre seulement 2% des personnes qui ont été exposées à un traumatisme sans développer d'ESPT.
- soit, pour les personnes ayant été exposées à un événement traumatique et ayant développé un ESPT, un risque accru de 2,7% de réaliser une tentative de suicide.

L'étude montrait également que les personnes ayant été confrontées à un événement traumatique mais n'ayant pas développé l'ESPT, ne présentaient pas de risque suicidaire accru.

Selon l'enquête SMPG [149] la notion de lien entre ESPT et comportement suicidaire est établie : l'ESPT induirait quatre fois plus de tentatives de suicide et sept fois plus de décès par suicide.

L'existence d'un bon fonctionnement antérieur, un support social de bonne qualité et l'absence de comorbidité surajoutée.

V - LES DIFFERENTES APPROCHES THEORIQUES DU TRAUMA

1 - Théorie psychanalytique

1.1 - Conception du traumatisme psychologique de P. Janet

Pierre Janet aborde pour la première fois en 1889, le traumatisme psychologique dans sa thèse "l'Automatisme psychologique [75]. Cette conception sera, par la suite, reprise par Freud. Dans sa théorie, il le décrit comme des excitations secondaires à un événement violent, faisant effraction dans le psychisme, pour y demeurer par la suite tel un "corps étranger". Ce corps étranger provoque "une dissociation de la conscience" : la souvenance brute (de sensations, d'images) liée à l'événement, dénommée "idée fixe" par Janet, se loge dans le préconscient "à la manière d'un parasite", ignoré du conscient. Elle existe dans "une seconde pensée séparée de la première". Ceci est à l'origine de manifestations psychiques ou psychomotrices telles que les hallucinations, cauchemars, sursauts, actes automatiques. Le concept d'idée fixe est donc lié à celui de "dissociation de la conscience", hypothèse pathogénique proposée par Janet pour l'hystérie. L'idée fixe, isolée et autonome, suscite des représentations mentales, des éprouvés et des activités élémentaires "automatiques", tandis que le reste de la conscience continue de gérer des pensées, des sentiments et des activités de façon harmonieuse et adaptée au monde extérieur. Il met également en évidence le temps de "méditation" ou d'"incubation", correspondant au "temps de latence".

1.2 - Conception freudienne

Pendant de nombreuses années, Freud considéra la névrose traumatique d'Oppenheim comme une forme d'hystérie reprenant les hypothèses de Janet et les notions de choc émotionnel, effraction du psychisme, corps étranger et phénomène de dissociation du conscient, mais remplaçant le concept d'"idée fixe" par le terme de "réminiscence". Cette phase fut suivie de la "théorie sexuelle", dans laquelle le trauma était rattaché à "l'agression sexuelle" dans l'enfance, faisant appel à la notion de "l'après coup" : le traumatisme récent qui aurait pu être anodin, était associé à un souvenir traumatique plus ancien, refoulé, et alors réveillé expliquant les symptômes [8].

Freud définit le traumatisme comme "une expérience d'absence de secours dans les parties du moi qui doivent faire face à une accumulation d'excitation et qu'il ne peut maîtriser", avec une conception économique du trauma, la "libido" ou pulsion de vie étant représentée

comme une énergie défensive. Pour Freud, les névroses traumatiques sont des névroses narcissiques, les excitations véhiculées par le traumatisme étant des excitations "libidinales". Dans les névroses de guerre et les névroses traumatiques, le danger est extérieur, contrairement aux névroses de transfert dans lesquelles il est interne. Les "barrières psychiques" du sujet, non préparées lors du trauma, sont franchies. Le traumatisme non seulement fait effraction au travers du psychisme, mais y demeure ensuite comme un corps étranger, provoquant de vains efforts d'assimilation ou d'expulsion [66].

La Première guerre mondiale et ses nombreuses victimes bouleversent, par l'intensité de la catastrophe et la mort omniprésente, les élaborations freudiennes, faisant place à la théorie des pulsions. Freud est, lui-même, angoissé de savoir ses fils exposés à la mort durant les combats. En 1920, dans "Au-delà du principe de plaisir [67]. Il fait l'hypothèse que le syndrome de répétition, cette "compulsion de répétition", a pour but de faire naître un état d'angoisse propice à appréhender la représentation du danger, pour en quelque sorte, "réparer" le fait que le sujet n'est pas prêt lors du trauma. Il utilise l'image de la "vésicule vivante", système énergétique en constant remaniement, protégée en surface par le "pare-excitations", tentant d'expulser, de décharger ces stimulations devenues internes. A partir de la compulsion de répétition, avec tendance à l'immobilité, à la stagnation et à la mort, Freud identifie la pulsion de mort ou "destrudo", en opposition à la "libido", introduisant le dualisme pulsionnel.

Freud, en 1920, dans son ouvrage "Au-delà du principe de plaisir", définit le traumatisme comme : "Toutes excitations externes assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet [67]. Le traumatisme est donc un choc émotionnel important. Lors d'une situation, une personne ou un groupe de personnes a senti sa vie en danger, mettant en péril son équilibre psychique. Ces situations dépassent les capacités de gestion de la majorité des individus. Elles sont "porteuses de sens et vécues comme une rupture et un enjeu : rupture par rapport à la continuité du passé, enjeu comme annonce de changements potentiels importants".

2 - Les modèles phénoménologiques :

Au cœur se retrouve la question du sens du trauma, et le bouleversement profond de l'être dans ses rapports avec le monde et avec lui-même [50]. Claude Vauterin opposait la pathologie traumatique (pathologie « de la peur ») au reste de la pathologie mentale (pathologie de l'angoisse). L'angoisse est un état d'attente d'un danger inconnu ou connu, la peur se manifeste en présence du danger. Les perturbations de temps (la répétition),

d'ustensilité (rétrécissement du champ existentiel) et d'éthique (la honte) qui caractériseraient l'état traumatique ne renvoient pas à l'histoire intérieure de vie mais à la scène traumatique.

Pour Barrois [8] l'impossibilité pour la victime de se référer à des signifiants suite au trauma, vient de ce que la mort, à laquelle elle vient d'être confrontée, n'a pas de « représentation » dans son psychisme, n'ayant jamais eu de « présentation » préalable. «Le thème de la scène traumatisante représente l'essence même de la finitude de l'homme et le caractère inexorable de son destin : la mort. » Les symptômes de la névrose traumatique, qui tentent en vain d'arrêter le processus de mortification ou d'élaborer la scène traumatique, de l'« inscrire » (par exemple par les répétitions), ne font que renforcer la puissance de l'effroi. Barrois fait référence au mythe d'Orphée pour illustrer le sens de l'expérience traumatique, s'apparentant à un retour des enfers, soulignant « le souvenir de l'enfer » (les reviviscences) et « l'enfer du souvenir ».

Pour L. Crocq [50], la conception du trauma repose sur trois points :

- l'aliénation traumatique, correspondant à la « modification » de la personnalité,
- le bouleversement de la temporalité, suspension du temps bloqué à un moment figé sur la terreur, l'horreur, avec une impression d'avenir bouché,
- le non-sens impliqué par le trauma : les trois convictions narcissiques d'invulnérabilité, d'un environnement protecteur et d'un autrui secourable s'effondrent simultanément, « laissant place au chaos, laissant au sujet entrevoir la disparition de la vie », « le néant ».

3 - Approche cognitiviste du trauma

Il s'agit d'une approche récente plutôt d'inspiration anglo-saxonne, à partir de laquelle sont issus des nouveaux programmes de prise en charge. L'ESPT est considéré comme le signe d'un traitement non adéquat de l'information [7].

Ainsi, différentes théories étiologiques ont tenté d'expliquer les mécanismes de maintien et /ou de développement d'ESPT.

3.1 - Explication cognitive

L'événement est considéré comme une source d'information importante. Néanmoins, ces informations se trouvent être en opposition avec les croyances de base du sujet. L'importance de cette information est nécessairement prise en compte et traitée par le système d'adaptation de l'individu qui s'organise autour de deux mécanismes. On rappelle que selon les théories piagétienne, les mécanismes d'assimilation renvoient à l'action du

sujet et consistent à intégrer de nouvelles données aux patterns comportementaux qui existent déjà. Alors que l'accommodation correspond à une modification de l'organisme pour s'adapter aux conditions extérieures, le processus d'accommodation sert à enrichir ou élargir un schéma d'action en le rendant plus flexibles [126].

Les théories cognitives, relatives à la compréhension du trouble psychotraumatique, mettent l'accent sur la métacognition (prise de conscience des schémas et des modes de pensées) et reprennent les notions décrites précédemment. Les structures initiales telles que les schémas et les croyances de base sont modifiés, il s'agit de l'accommodation. L'assimilation est le processus par lequel l'information traumatique est transformée puis intégrée aux nouvelles structures. Les processus d'interprétation des causes, des conséquences et des états émotionnels peuvent être également mis en jeu. Ainsi, les informations traumatiques peuvent être traitées sous la forme d'une chaîne causale inadéquate. Certains individus ont tendance à attribuer l'occurrence d'un événement incontrôlable à des causes internes, stables et globales. Or, un sujet qui présente ce type d'attribution a plus de risque de développer un ESPT. Inversement, l'attribution de l'événement à des causes externes, temporaires et spécifiques réduit le risque de développement de l'ESPT [81]

3.2 - Explication comportementale :

Le conditionnement classique ou "pavlovien" est un apprentissage associatif défini et théorisé à l'origine par Ivan P. Pavlov à partir de 1889 [123]. Cet apprentissage résulte de l'association d'au-moins deux entités : d'une part, un ou plusieurs stimuli qui n'induisent aucun comportement particulier (stimulus neutre devenant, après association, stimulus conditionnel), représenté dans l'exemple classique par la cloche, et d'autre part, un événement (stimulus inconditionnel), représentée par l'alimentation, qui produit toujours une série de réactions particulières (réponse inconditionnelle) comme peut l'être la salivation. Le conditionnement classique est validé par la capacité du stimulus conditionnel d'induire seul, ultérieurement, une réponse dite conditionnée (la salivation). Le conditionnement opérant est lui aussi impliqué dans la mise en place de l'ESPT. Il introduit la notion d'apprentissage et de renforcement soit positif (la récompense) soit négatif (la punition), lui apportant un caractère aversif [7]

Concernant l'ESPT, l'événement peut être considéré comme un stimulus aversif (événement traumatique) inconditionnel. Le contexte source de stimuli externes et internes devient le stimulus conditionnel, antérieurement neutre qui induit sur l'organisme une réponse conditionnée, la peur. C'est ainsi que l'on parle de conditionnement de la peur [56].

4- Eléments de neurobiologie :

Les études de neurobiologie partent de l'hypothèse que le traumatisme psychique est une exagération pathologique de la réaction de stress [43]. En effet, peu après l'évènement traumatique, on retrouve chez le patient atteint plus tard d'ESPT une cortisolémie abaissée que Yehuda associe à un puissant rétrocontrôle négatif de l'axe corticotrope hyperstimulé [156]. Par la suite, lorsque cet individu sera confronté à un élément le raccrochant à l'évènement, une décharge brève et massive de corticoïdes réactivera tel quel le vécu du traumatisme. De plus, ce souvenir réenclenche de façon extrême le système noradrénergique central, provoquant troubles de l'attention, réactions de peur, hypervigilance.

Les travaux de Vaiva impliquent quant à eux d'autres neurotransmetteurs [148]. Selon lui, la sérotonine, délivrée en trop grande quantité, serait responsable des symptômes d'impulsivité, d'agressivité ainsi que des idées suicidaires. Les dysfonctionnements du glutamate et du GABA, neurotransmetteurs en partie responsable du fonctionnement de la mémoire et du cerveau en général, expliqueraient le phénomène de peur conditionnée, de dissociation péri-traumatique ainsi que les symptômes anxieux.

Pour sa part, Bremner, en montrant que le volume des hippocampes droit et gauche diminuait dans les ESPT, formule l'hypothèse que le traumatisme impacte les mécanismes de la mémoire par l'action néfaste des corticoïdes sur les récepteurs hippocampiques [27].

VI - LES FACTEURS PREVISIONNELS DE L'ÉSPT

Un ET constitue une condition nécessaire, mais non suffisante au développement de l'ÉSPT. En effet, bien que la plupart des individus exposés à un ET puissent vivre de fortes réactions post-traumatiques dans les jours qui suivent l'événement, la majorité de ceux-ci récupère rapidement et s'adapte assez bien après une certaine période de temps. En fait, le retour ou non à une vie normale après un ET est souvent fonction de la présence ou de l'absence de différents facteurs qui modulent les réactions post-traumatiques.

Ces facteurs sont communément appelés facteurs de risque ou de vulnérabilité. Ces derniers sont associés au développement, au maintien ou à l'exacerbation de la symptomatologie post-traumatique et peuvent ainsi perturber l'équilibre et l'évolution du développement de l'individu [82, 92]. Il peut s'agir des caractéristiques de l'événement en soi, des particularités propres aux victimes du trauma et des aspects de l'environnement.

A l'opposé, les facteurs dits de protection ou de résilience contribuent à maintenir l'équilibre et le développement des individus après un ET. Il peut s'agir, entre autres, des attributs de l'individu ou de son environnement qui facilitent l'adaptation en prévenant l'apparition de symptômes post-traumatiques ou en atténuant leur intensité. La présence de facteurs de protection contribue à rendre une personne résiliente.

Afin de favoriser une meilleure conceptualisation des multiples facteurs prévisionnels, ces derniers sont répartis à l'intérieur de trois catégories distinctes, à savoir les facteurs prétraumatiques (caractéristiques préexistantes au trauma), péritraumatiques (particularités présentes lors de l'ET et immédiatement après) et post-traumatiques (caractéristiques qui surviennent à la suite du trauma).

1- Facteurs prétraumatiques :

1.1 - Facteurs de risque :

1.1.1 - Les antécédents familiaux :

Les antécédents familiaux de troubles thymiques, anxieux ou de l'abus de substances sont reconnus comme facteurs de risque d'ÉSPT. Néanmoins, les études réalisées montrent qu'il s'agit d'un facteur de vulnérabilité dans l'expression de la détresse traumatique. Les auteurs

montrent qu'il y a une corrélation entre l'intensité de la détresse péri-traumatique et la présence d'antécédents familiaux.

1.1.2 - Les antécédents psychologiques et psychiatriques personnels :

Les antécédents psychologiques et psychiatriques personnels constituent des prédicteurs de l'ESPT [34]. Les individus ayant vécu certaines difficultés comme une dépression majeure ou un trouble d'anxiété tel que le trouble panique ou le trouble obsessionnel-compulsif risquent davantage de développer un ESPT à la suite d'un ET [30].

Chez les vétérans de guerre qui ont participé au combat, certains troubles mentaux tels que la dépression majeure, la dysthymie, l'agoraphobie, la phobie spécifique, l'anxiété généralisée et le trouble de personnalité antisociale constituent des prédicteurs de l'ESPT [120]

La méta-analyse d'Ozer et ses collaborateurs [122] confirme que des problèmes émotionnels, d'anxiété, de l'humeur ou de la personnalité contribuent à exacerber les symptômes de l'ESPT. Dans une imposante étude prospective et longitudinale, les jeunes qui sont davantage à risque de développer un ESPT à l'âge de 17 ans sont ceux qui présentaient un trouble anxieux et un trouble des conduites à l'âge de 6 ans [31].

1.1.3 - L'impact des traumas ou de stressers antérieurs :

Semble également déterminant dans l'évolution de la symptomatologie post-traumatique, et ce, au point d'accroître parfois l'impact d'un nouveau trauma même si ce dernier est de moindre intensité que le ou les précédents [91, 131].

Une étude portant sur des individus exposés à un acte terroriste indique que ceux ayant vécu des stressers dans l'année précédant le trauma sont davantage susceptibles de manifester un ESPT [70].

Les méta-analyses de Brewin et al. (2000) et Ozer et al. (2003) [34, 122] suggèrent que des populations comme les vétérans [143], les réfugiés cambodgiens [24] et les victimes d'abus sexuels [73] démontrent l'effet cumulatif des traumas.

Une plus grande exposition à des ET au travail dans la dernière année ainsi qu'une accumulation d'expériences traumatiques ou de stressers au travail prédisposent au développement de réactions post-traumatiques dans la majorité des études réalisées auprès des sujets à haut risque [68].

1.1.4 - variables sociodémographiques :

A ce jour, plusieurs variables sociodémographiques (p. ex., âge, sexe, ethnie, niveau d'éducation) ont été étudiées à titre de facteurs prévisionnels. Malgré cela, les résultats des

études demeurent équivoques. Cela s'explique en partie par le fait que les variables sociodémographiques impliquent couramment la présence de variables concomitantes ou confondantes qui peuvent par elles-mêmes influencer ou même expliquer la vulnérabilité ou la résilience des individus (p. ex., un faible niveau d'éducation peut se trouver corrélé à d'autres variables comme un faible statut socioéconomique). En ce qui concerne les données sur l'impact du sexe féminin, ce facteur semble associé à une plus grande vulnérabilité de développer un ESPT et à ce qu'il devienne chronique [30]. Cependant, les ET que subissent les femmes diffèrent de ceux vécus par les hommes. En effet, les femmes sont plus susceptibles de subir des agressions sexuelles alors que les hommes font plus souvent l'expérience d'agressions physiques. L'événement en soi, plutôt que le sexe de l'individu, peut induire une plus grande vulnérabilité.

1.1.5 - stratégies comportementales ou cognitives de gestion du stress. Parmi les modes habituels de gestion du stress, il existe des stratégies d'adaptation centrées sur le problème (c.-à-d. les efforts visent la modification de la situation par l'utilisation de la résolution de problèmes) et centrées sur les émotions (c.-à-d. les efforts visent la modification de l'interprétation négative de la situation et l'apaisement des émotions négatives ressenties par des stratégies telles que l'évitement ou la rêverie) [96].

Une autre façon de conceptualiser ces stratégies consiste à différencier un mode de gestion du stress basé sur l'approche (c.-à-d. utiliser la résolution de problèmes, réévaluer positivement la situation, chercher du soutien) d'un mode de gestion du stress basé sur l'évitement (c.-à-d. utiliser la distraction, la diversion) [116].

La gestion du stress peut également être conceptualisée selon un mode de gestion du stress actif (c.-à-d. confrontation directe du stressor) et passif (c.-à-d. gestion de ses réactions émotionnelles). Par ailleurs, il apparaît utile de distinguer deux autres types de gestion du stress. Premièrement, la gestion du stress en tant que trait (trait coping style) réfère aux habiletés de gestion communes des situations stressantes de la vie courante que démontrent les individus. Puisque les individus ont tendance à recourir à un mode identique de gestion du stress, même lorsqu'il s'agit de gérer des situations stressantes différentes, le mode de gestion du stress en tant que trait peut être considéré comme une caractéristique prétraumatique relativement stable. Deuxièmement, la gestion du stress en tant qu'état (state coping style) réfère à une façon de gérer le stress en lien avec un stressor particulier et bien précis dans le temps. Ce mode de gestion du stress constitue un facteur post-traumatique dans la mesure où ce type de gestion du stress est appliqué à la suite de l'apparition d'un ET. La gestion du stress en tant qu'état sera discutée ultérieurement dans la section portant sur

les facteurs post-traumatiques. Il convient de demeurer prudent dans la comparaison et l'interprétation des résultats des études portant sur les stratégies de gestion du stress puisque la terminologie employée pour décrire les stratégies et les instruments utilisés pour les mesurer varient selon les études [140].

Bien que toutes les stratégies représentent un effort pour tenter de réduire ou d'éliminer les conditions stressantes et de diminuer l'intensité de la détresse émotionnelle qui y est rattachée [96], certaines stratégies restent peu efficaces à moyen ou long terme pour contrer les réactions post-traumatiques. Dans une étude de jeunes exposés à la violence et au crime, l'usage d'un mode négatif de gestion du stress caractérisé par la distraction, le retrait, la rêverie et la résignation prédit un plus grand nombre de symptômes d'ÉSPT.

1.1.6- Adhérer fortement aux croyances fondamentales d'un monde bienveillant, d'un monde juste et logique et croire en sa valeur et en son invulnérabilité personnelle peut provoquer des symptômes plus pathologiques à la suite d'un ET. L'invalidation de ces conceptions par l'expérience traumatique et les difficultés d'intégration de l'expérience pour la victime favorisent le développement et le maintien des symptômes de l'ESPT.

1.1.7 - Génétique :

Plusieurs études indiquent une contribution génétique à l'ESPT [155] en utilisant un registre de jumeaux de l'époque de la guerre du Vietnam, ont avancé que 35,5 % de la variance de l'ESPT pourrait être attribué à des facteurs génétiques. Goendjian et al. (2012) ont travaillé sur des prélèvements ADN de 200 personnes ayant été victimes d'un tremblement de terre. Ils ont ainsi mis en évidence que les personnes qui présentaient des variantes des gènes TPH1 et TPH2 (contrôlant la production de sérotonine) étaient plus susceptibles de développer l'ESPT.

1.1.8 - Le statu socio-économique

Un niveau socio-économique bas est plus à risque de développer un ESPT. Mais, il s'agit d'un facteur confondant. Ces patients manifestent généralement un niveau élevé de symptômes dissociatifs et d'évitement, tendent à utiliser des stratégies de gestion du stress peu efficaces (utilisation de pensée magique) et reçoivent un faible soutien social.

1.2 - Facteurs de protection :

1.2.1 - Les stratégies de gestion du stress : facilitent davantage l'adaptation à la suite d'un ET. Par exemple, les soldats Américains de la guerre du Golfe qui ne manifestent pas de symptômes d'ESPT utilisent principalement des stratégies d'adaptation centrées sur le

problème et peu de stratégies basées sur l'évitement et la rêverie comparativement à leurs homologues avec un ESPT. De façon similaire, le personnel de l'armée qui utilise plus de stratégies de gestion du stress centrées sur le problème, en situation de combat, présente moins de symptômes d'ESPT, particulièrement lors d'une plus grande exposition au combat [140].

1.2.2 -Le concept de la personnalité résistante au stress : ce type de personnalité favorise l'adaptation après un événement stressant. Les individus démontrant cette personnalité perçoivent les événements stressants comme étant stimulants plutôt que menaçants et utilisent des stratégies de gestion du stress efficaces pour gérer ces événements lorsqu'ils surviennent [9]. Cela peut donc expliquer en partie le fait qu'ils soient plus résilients lorsque survient un ÉT.

Plus précisément, ce style de personnalité se caractérise par :

- L'aptitude à l'engagement dans le milieu (c.-à-d. la tendance à s'impliquer activement et à s'engager dans les activités plutôt qu'à rester passif et inactif ainsi que la capacité de donner un sens aux événements vécus) ;
- Un fort sentiment de contrôle perçu permettant de prendre des décisions et d'en assumer la responsabilité (c.-à-d. l'impression de détenir un certain contrôle quant aux événements qui surviennent plutôt que de ressentir de l'impuissance) ;
- La capacité à relever des défis (c.-à-d. la croyance que le changement, plutôt que la stabilité, favorise la croissance personnelle ainsi que la présence d'une ouverture et d'une flexibilité).

Ce type de personnalité chez les militaires, les prisonniers de guerre, les vétérans et les femmes victimes d'abus sexuel dans l'enfance est associé à une probabilité moindre de satisfaire les critères diagnostiques d'un ESPT [9, 118]. Par ailleurs, les soldats de la guerre du Golfe qui ne manifestent aucun symptôme d'ESPT obtiennent des résultats plus élevés sur une évaluation de la personnalité résistante au stress.

1.2.3 - le sentiment d'efficacité personnelle : c.-à-d. entretenir des attentes d'efficacité élevées vis-à-vis la réalisation de diverses activités et la résolution de problèmes. Les personnes possédant un sentiment élevé d'efficacité personnelle s'attendent au succès, à résoudre les problèmes, à surmonter les défis et à être en mesure de gérer les situations stressantes.

1.2.4 - L'expérience antérieure et une formation adéquate :(c.-à-d. avoir déjà affronté des situations stressantes antérieurement ou être formé pour réagir à celles-ci) sont associées à l'anticipation positive des difficultés éventuelles, l'augmentation du sentiment de contrôle et d'efficacité et la diminution du sentiment d'impuissance.

L'expérience antérieure peut permettre aux individus à haut risque de vivre des ET dans le cadre de leur travail de se sentir mieux outillés pour faire face aux événements à venir et ainsi de se sentir en contrôle et moins stressés par leur travail. En conséquence, l'expérience permet d'atténuer l'impact initial et subséquent des ET. La formation, quant à elle, permet aux individus d'être entraînés dans un rôle bien défini, ce qui contribue à améliorer leur efficacité au travail et à diminuer leurs incertitudes relativement aux tâches qu'ils doivent accomplir [130].

2- Facteurs péritraumatiques

2.1 - Facteurs de risque :

2.1.1 - le type d'événement vécu : les événements les plus communément associés à l'ESPT sont ceux de type II dont les agressions physiques et sexuelles ainsi que les expériences de combat [30, 88].

2.1.2 - La sévérité du trauma : la sévérité de l'ET demeure un concept complexe et controversé, car il n'existe pas de consensus sur les dimensions qui en font partie et sur la façon dont la sévérité du trauma doit être mesurée. Les études portant sur des vétérans de guerre mesurent habituellement ce concept en tenant compte de la perception de menace à la vie pendant le combat, de l'exposition à des atrocités ou à de la violence et la présence d'un environnement dur ou malveillant.

La sévérité de l'ET se mesure aussi en tenant compte des caractéristiques objectives associées à l'événement. Parmi ces caractéristiques, la durée de l'événement influence les réactions de stress post-traumatique. Ainsi, plus l'exposition à l'ET se prolonge, plus les symptômes d'ÉSPT deviennent sévères [157]. D'autre part, les incidents caractérisés par la découverte de corps et de personnes décédées favorisent davantage le développement de l'ÉSPT.

2.1.3- La détresse péritraumatique : se caractérise par des réactions émotionnelles (sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur : critère A2 (APA, 2000), colère, frustration, tristesse, culpabilité), la perception d'une menace vitale (avoir peur pour sa sécurité ou celle des autres, penser que l'on va mourir, etc.) et l'expérience de réactions physiques

(lipothymie, tremblements, perte des urines, etc.) au moment ou un laps de temps après l'exposition traumatique [38]. Parmi les composantes de la détresse péritraumatique se trouve la notion de perte de contrôle (c.-à-d. perte de contrôle de ses émotions, perte de la maîtrise sphinctérienne, vésicale ou intestinale).

La détresse péritraumatique fait également partie des prédicteurs péritraumatiques pour les symptômes ultérieurs de TSPT. Les études de Birnes et al. 2005 puis en 2008 [20, 21] confirment le lien étroit existant entre le TSPT et la détresse péritraumatique, une corrélation de 0,6 a été observée entre ces deux variables dans un groupe de victimes de la catastrophe industrielle de Toulouse du 21 septembre 2001. De plus, l'étude de Jehel et al. (2006) qui portait sur un échantillon de 63 sujets victimes d'agressions, a souligné une corrélation de 0,69 entre la détresse péritraumatique et les symptômes de TSPT.

2.1.4 - La dissociation péritraumatique : Le fait de ressentir un détachement, une absence de réactivité émotionnelle, une impression de déréalisation, de dépersonnalisation. Constitue un facteur de vulnérabilité dans l'apparition de symptômes de stress post-traumatique. Les réactions dissociatives se produisent généralement dans un contexte où la détresse péritraumatique est élevée, bien que certaines personnes puissent ressentir une forte détresse sans dissocier [37]. De nombreuses études indiquent que la dissociation pendant et immédiatement après l'événement est fortement liée à la symptomatologie post-traumatique des réfugiés [134], des vétérans de guerre [28, 110, 120, 147], des secouristes [108, 109], des individus préposés aux services d'urgence [110], des personnes blessées [139], des victimes d'un désastre naturel, des survivants d'un incendie, des étudiants universitaires ayant vécu un trauma [113] et des victimes d'une catastrophe industrielle [21].

A ce jour, la méta-analyse la plus récente et la plus complète portant sur la dissociation péritraumatique est celle de Lensvelt-Mulders et ses collaborateurs (2008) [103] qui inclut 59 études, soit le plus grand nombre d'études empiriques sur le sujet. Bien qu'aucune relation de causalité ne puisse encore être établie, cette méta-analyse confirme que la dissociation péritraumatique constitue un prédicteur de l'ESPT.

2.1.5 - L'effroi : Le sentiment initial d'effroi lors de l'ET augmente de façon substantielle le risque de répondre subséquemment aux critères diagnostiques de l'ESPT [150].

L'effroi partage certaines caractéristiques de la dissociation péritraumatique. En effet, l'effroi implique une absence complète d'émotions, de pensées ou de mots ou la sensation d'être figé pendant une partie de l'événement lorsque l'individu se trouve soudainement confronté à la réalité de sa propre mort ou à celle d'une autre personne.

2.2 - Facteurs de protection :

À notre connaissance, il n'existe pas de facteur de protection péritraumatique pour contrer le développement de l'ESPT auprès de diverses populations.

Pourtant, il est fort probable que des réactions spécifiques émises, lors de l'événement, par les individus résilients agissent dans la modulation des réactions post-traumatiques.

En somme, l'ensemble des études recensées démontre que les caractéristiques péritraumatiques influencent fortement la trajectoire, la sévérité et la chronicité des symptômes post-traumatiques

3 - Facteurs post-traumatiques

3.1 - Facteurs de risque :

3.1.1 - Les blessures corporelles : Les ET qui engendrent des blessures corporelles sont davantage associés au développement d'un ÉSPT comparativement aux expériences traumatiques qui n'entraînent pas de telles blessures [91, 132].

3.1.2 - les situations de vie stressantes : Plusieurs études attestent que les situations de vie stressantes survenant après l'ÉT (p. ex., perte d'emploi, difficultés financières ou légales, maladie ou décès d'un proche) sont associées à l'ÉSPT et à son maintien [24, 34].

En effet, les individus peuvent devenir plus vulnérables à ces événements additionnels et voir leur symptomatologie post-traumatique augmenter ou se maintenir.

3.1.3 - l'état de stress aigu (ESA) : des études prospectives indiquent que l'état de stress aigu (ESA) est également un fort prédicteur de l'ESPT chez des victimes de crime (Brewin, Andrews, Rose, & Kirk, 1999), des accidentés (Harvey & Bryant, 1998), des témoins de violence (Classen, Koopman, Hales, & Spiegel, 1998) et des victimes d'une catastrophe industrielle (Birmes, Brunet, Coppin-Calmes, et al., 2005). Il est intéressant de noter que le diagnostic de l'ÉSA inclut la présence de symptômes dissociatifs. Ainsi, il est possible qu'il y ait un lien important entre l'occurrence de phénomènes dissociatifs et le développement ultérieur de symptômes post-traumatiques.

3.1.4 - Le soutien social : l'absence de soutien ou encore un soutien social déficient ou négatif intensifient les symptômes de stress post-traumatique [34, 65, 72,80, 131].

D'autre part, des interactions sociales négatives dans l'environnement des victimes de crimes violents et d'abus sexuels prédisent la symptomatologie post-traumatique. De plus, chez les vétérans de la guerre du Vietnam, la perception de soutien social est une variable médiatrice

entre l'exposition au combat et l'ESPT. En fait, une plus grande exposition au combat entraîne possiblement une diminution de la perception de soutien, ce qui favorise la présence de symptômes d'ESPT.

Les résultats obtenus dans la méta-analyse de Brewin et ses collaborateurs (2000) [34] permettent d'observer que le manque de soutien social constitue l'un des trois plus importants prédicteurs de l'ESPT. Cela suggère le rôle déterminant de la cohésion et du soutien offert par les proches des victimes après des ET.

3.1.5 - les stratégies de gestion du stress basées sur l'évitement : Dans deux études, les stratégies de gestion du stress basées sur l'évitement qui sont utilisées après l'ET (state coping style) par les victimes d'un acte terroriste et d'une agression sexuelle prédisent la présence d'un ESPT.

3.2 - Facteurs de protection :

3.2.1 - Le soutien social adéquat ou positif : Le soutien social adéquat ou positif permet d'atténuer les effets du stress à la suite des ET. Jusqu'à présent, les chercheurs observent manifestement l'apport bénéfique du soutien social chez les survivants de traumatismes [72, 143]. La famille, les confrères et les amis sont mentionnés comme étant des sources importantes de soutien [9].

Plus les individus ont accès à des ressources sociales, mieux ils composent avec le stress. Après une tornade, la perception d'un réseau de soutien social positif prédit un nombre moindre de symptômes posttraumatiques chez des secouristes.

Chez les vétérans de guerre et les militaires, le soutien émotionnel lors du retour à la maison [135], la perception et la satisfaction vis-à-vis la qualité et la disponibilité du soutien après le combat [92] ainsi que la perception d'une plus grande cohésion familiale (Sutker et al, 1995) sont liés à moins de symptômes post-traumatiques [144]. Chez les militaires, la cohésion entre pairs dans l'unité permet de diminuer les symptômes d'ESPT particulièrement lorsque l'exposition au combat est plus élevée [9].

3.2.2 - Le sentiment de cohérence : Etre en mesure de trouver un sens à l'événement et l'impression de posséder les ressources nécessaires pour le confronter) permet de diminuer les symptômes de l'ESPT chez les personnes à haut risque [68].

4 - Ampleur de l'effet des facteurs prévisionnels

Deux méta-analyses récentes qui traitent des prédicteurs de l'ESPT chez diverses populations (les civils et les militaires) permettent de dégager des résultats intéressants quant à l'impact de ceux-ci sur le développement de l'ESPT. La méta-analyse de Brewin et ses collaborateurs (2000) portant sur 14 prédicteurs provenant de 77 études permet d'observer que les prédicteurs les plus probants dans le développement de l'ESPT sont les facteurs péritraumatiques (plus précisément la sévérité de l'ET) et post-traumatiques (plus précisément le soutien social déficient et les événements stressants ultérieurs) comparativement aux facteurs prétraumatiques étudiés. Quant à Ozer et ses collaborateurs (2003), ils suggèrent également dans leur méta-analyse qui traite de sept prédicteurs tirés de 68 études que les facteurs péritraumatiques (c.-à-d. perception de menace à la vie, dissociation et réactions émotionnelles) et post-traumatiques (c.-à-d. soutien social perçu) expliquent mieux la modulation de l'ESPT que les facteurs prétraumatiques. Dans cette méta-analyse, la dissociation péritraumatique représente le meilleur prédicteur de l'ESPT. Dans le même sens, d'autres études constatent que les facteurs péritraumatiques constituent les plus importants prédicteurs de l'ESPT [10, 113].

VI- PRISE EN CHARGE

1 - Prise en charge en aigu sur le plan psychique

Lors de la prise en charge du sujet psychotraumatisé, le débriefing psychologique (DP) est souvent évoqué comme la technique de référence. Pourtant il n'y a pas une seule technique de DP mais plusieurs. Ce sont des interventions standardisées, codifiées, issues de la psychiatrie militaire. Cette technique a fait l'objet de nombreuses publications, car son utilisation est aujourd'hui controversée. Il existe des alternatives comme c'est le cas du defusing, permettant une offre de soin au plus près du traumatisme.

1.1 - Les débriefings psychologiques militaires

1.1.1 - L'Historical Group Debriefing de Marshall (1945)

S. Marshall, historien et officier, non-psychologue, est le premier en 1945 à avoir l'idée d'effectuer le debriefing comme bilan psychologique suite à un événement traumatisant. Il part du postulat que les échanges de parole entre combattants ayant participé à la même opération, lors des debriefings techniques, de rigueur dans les armées américaines, avaient un effet bénéfique sur le moral des hommes, leur motivation, leur efficacité au combat et sur la cohésion du groupe.

- **La technique**

Chaque participant (spécifiquement des militaires) est invité à relater les faits de manière la plus factuelle possible et cela dans l'ordre chronologique. L'Historical Group Debriefing donne priorité aux faits sur les émotions. Le sujet doit retranscrire ce qu'il a vu pendant l'opération dans un souci de précision. Ainsi, chacun retrouve sa place dans le déroulement de l'intervention. La constitution des groupes est réalisée en fonction du grade hiérarchique mais en fonction de l'antériorité du groupe. Marshall estime que cette méthode "dissipe le brouillard du combat [48, 111].

Au cours des opérations, les participants ont ressenti un soulagement, une amélioration de l'estime de soi et une amélioration du sentiment d'appartenance au groupe.

- **Les bénéfices de la technique**

Marshall pointe quatre intérêts à sa technique :

- la valorisation du rôle individuel du combattant ;
- la mise en valeur de la mission de son unité ;

- l'évacuation des émotions, les frustrations et les rancœurs éprouvées pendant l'action et même pendant le service ;
- de favoriser la verbalisation, et de diminuer les passages à l'acte impulsif (rixes, alcoolisme et retrait dépressif).

Cette technique, inventée par un non-psychologue, met l'accent sur l'émotionnel et la cohésion du groupe. L'objectif est d'améliorer les performances des soldats pour qu'il puisse participer à la mission suivante, l'auteur ne lui attribue aucun caractère thérapeutique

1.1.2 - La psychiatrie de l'avant

A partir de la Seconde guerre mondiale, les psychiatres militaires reçoivent l'ordre officiel de prendre en charge les sujets psychotraumatisés sur le terrain. Cette injonction est officialisée par la circulaire Bradley du 26 avril 1943, inspirée des notions de la psychiatrie dite "de l'avant". Cette circulaire recommande de ne pas évacuer systématiquement les "blessés psychiques vers l'arrière, mais tenter d'abord de les traiter sur place pendant une semaine", selon les cinq principes [56] :

- l'immédiateté (ne pas laisser le sujet à sa méditation solitaire génératrice de pensées morbides) ;
- la proximité (on traite près de la ligne de front, afin qu'il puisse rapidement rejoindre son unité après guérison) ;
- l'espérance de guérison (on véhicule le message qu'il s'agit d'une réaction normale à une situation anormale, et qu'il va certainement guérir) ;
- la simplicité (on traite par le repos et des entretiens centrés sur l'événement, sans s'aventurer dans l'exploration du passé infantile) ;
- la centralité (tous les thérapeutes sont formés à la même doctrine et aux mêmes techniques, et travaillent en réseau, avec possibilité de réguler le flux des arrivées de patients).

L'objectif de ce type de prise en charge est clairement la récupération des effectifs, pour rendre les soldats plus efficaces et ainsi, qu'ils puissent participer à de nouvelles batailles.

Les principes évoqués par cette circulaire sont utilisés par les psychiatres militaires jusque dans les années 1980.

1.1.3 - Sokol

En 1980, avec les retours de la guerre du Vietnam, la psychiatrie de l'avant ne suffit plus. L'administration américaine doit faire face à la chronicisation des complications posttraumatiques.

Robert Sokol, psychiatre militaire, fut chargé ensuite d'organiser un dispositif spécial. Il attribue alors, au debriefing une valeur thérapeutique et préventive, sans pour autant que les

victimes ou rescapés ne soient considérés comme des malades. Il crée en 1986, la Stress Management Team (ou SMT) [142].

- Les principes

Il ajoute un sixième principe à la psychiatrie de l'avant, constituant ainsi "BICEPS" :

- B pour brièveté du traitement, avec une prise en charge dans un délai inférieur à 24 h
- I pour immédiateté de l'intervention, le plus tôt possible après l'événement ;
- C pour centralité, ou exigence de traiter toutes les victimes ensemble, et de s'inspirer d'une doctrine unique ;
- E pour espérance, c'est-à-dire inculquer aux patients la conviction qu'ils allaient être rapidement être débarrassés de leurs symptômes de choc émotionnel ;
- P pour proximité de la zone de l'événement ;
- S pour simplicité du traitement, qui devait être interventionniste, porter sur l'événement sans chercher à explorer le passé infantile, et viser à renforcer les défenses de l'ego des sujets.

Les équipes restent multidisciplinaires avec :

- un psychiatre chef d'équipe,
- un psychiatre adjoint,
- un psychologue,
- deux assistants sociaux
- un aumônier (chapelain).

A noter, la place particulière des chapelains qui font partie des équipes de debriefers anglo-saxonnes

- Les différentes phases :

- La préparation (planning and preparation) :

Il s'agit de la phase initiatrice nécessaire car un débriefing réalisé dans l'urgence conduit souvent à l'échec. On y définit le rôle de chaque intervenant, le psychiatre a surtout un rôle de coordonnateur. C'est également l'occasion d'effectuer un briefing auprès de l'équipe permettant de libérer l'anxiété anticipatrice.

- L'extraction-triage :

La phase d'extraction-triage, premier contact de l'équipe avec l'ensemble des victimes à débriefer (avant leur répartition en petits groupes), a pour but d'apporter un premier soutien psychologique aux victimes tout en évaluant les différentes réactions et en les informant du déroulement des opérations. En fait, elle relève du defusing, mais Sokol la considère comme le préambule du débriefing.

➤ Bilan psychologique (débriefing) :

La phase de débriefing proprement dit, peut ne pas faire suite immédiatement à la phase d'extraction-triage, en fonction de la durée du transport entre le terrain et le lieu du débriefing. Il recommande d'ailleurs de maintenir les victimes dans un local et une ambiance calme, à l'abri de toute stimulation visuelle ou auditive nocive et de toute intervention sociale parasite (pression inquiète des familles ou harcèlement par les médias).

Il s'étend peu sur la technique même du débriefing, préconisant de s'adapter aux circonstances plutôt que d'appliquer une technique rigide, combinant les principes de la psychothérapie individuelle avec les techniques de la thérapie de groupe. Il insiste sur l'aide à apporter aux sujets pour reconquérir l'estime du groupe, tout en étant vigilant aux dérives paranoïaques pouvant conduire à des attaques contre la hiérarchie.

Les victimes sont encouragées à s'exprimer le plus spontanément possible, elles sont relancées pour celles qui demeurent silencieuses. Elles sont sollicitées pour intervenir activement et ainsi atténuer les sentiments de honte et de culpabilité, en laissant d'ailleurs le groupe intervenir spontanément dans ce sens.

➤ La phase de réinsertion :

Elle doit être intégrée dans le processus de débriefing, dont elle constitue la phase finale. Elle a pour but de préparer les victimes à affronter leur environnement antérieur, physique et social, prévoyant un travail avec les familles, tout cela dans un souci de reprise d'autonomie. Sokol distingue deux styles de débriefing de groupe : le style "expérientiel", centré sur le simple échange d'expériences entre les membres, et le style "éducatif", dans lequel l'équipe intervient pour donner une information sur la nature et la normalité des symptômes ressentis et des symptômes à venir éventuellement. D'après son expérience, ce deuxième style s'avérerait plus efficace sur le plan thérapeutique et préventif. Sokol apporte une composante thérapeutique et préventive jusqu'alors non prise en compte, il s'inquiète également dans sa dernière phase de la qualité du soutien social à apporter aux victimes. Ce type de DP reste néanmoins très directif et intrusif. Pourtant, le retour des soldats sur leur vécu en lien à cette technique reste positif.

1.1.4 - Expériences des militaires américains

D'après une enquête rétrospective militaire, des débriefings avaient été organisés dans 74 % des unités contactées [93].

L'effectif total des sujets débriefés était de 150 sujets, soit 1 pour 10 000 hommes. Les débriefings proprement dits eurent lieu soit, dans les deux mois qui avaient suivi les

combats, alors que les soldats étaient encore stationnés en mission, soit à plus de deux mois après le retour aux États-Unis.

D'après les auteurs, il ne faut pas effectuer le débriefing en immédiat (dans les premières heures ou même dans les tous premiers jours suivant le traumatisme), car il est alors vécu comme agressif par des sujets qui sont encore sous le choc émotionnel. Ils préconisent d'attendre au moins quelques jours, une fois que les soldats aient pu retrouver des conditions matérielles favorables (logement, sommeil, repos, nourriture). Mais, si le délai devient trop important, les unités peuvent être dispersées et les hommes sont déjà dans une perspective de démobilisation. Pour les auteurs, le moment idéal est de réaliser le DP quelque temps après le retour au pays.

Le débriefing est secondaire, il ne peut avoir lieu qu'une fois que les hommes aient pu régler les questions matérielles, surtout pas dans l'urgence ou en péri-immédiat. Les auteurs pointent l'aspect délétère si cette technique est appliquée trop précocement.

1.2 - Le Critical Incident Stress Débriefing (CISD) et apparentés

1.2.1 - Le CISD de Mitchell

Parallèlement à la psychiatrie militaire, en 1983, le psychologue américain et ancien pompier Jeffrey Mitchell, reprend la technique narrative de Marshall et les applications militaires pour définir et codifier des procédures de débriefing, applicables aux équipes de sauveteurs (civils, pompiers et policiers).

Son but est de réduire les désordres émotionnels survenus chez les pompiers et les sauveteurs au lendemain des incidents critiques, et de faciliter la réinsertion professionnelle et familiale.

Ce type de débriefing est donc spécifiquement destiné aux sauveteurs. Actuellement, il est utilisé avec l'appellation PEGS, Powerfull Event Group Support [114]

- La technique
Il s'agit d'une prise en charge groupale, permettant l'accueil et l'apprentissage des réactions de stress. Elle s'appuie essentiellement sur la reconstruction cognitive de l'événement et sur l'information du caractère normal des pensées, des réactions et des symptômes décrits. Elle consiste à faire raconter l'incident par les participants dans l'ordre de progression suivant : d'abord la vision, l'action, la cognition et pour finir l'émotion. Chaque entité est décrite à deux niveaux, au moment de l'événement puis pendant la séance.
- Délais de réalisation

Le moment opportun pour procéder au DP est, pour Mitchell, 24 à 72 heures après l'incident, une fois que les sujets ne sont plus sous le choc de l'événement mais avant que des évolutions pathologiques ne se soient installées.

- Le lieu

Il doit s'agir d'un endroit neutre et ne doit pas être réalisé sur le lieu de l'incident, ni un local de l'institution à laquelle appartiennent les personnels impliqués, mais un endroit calme, sécurisant. Tout élément extérieur doit être proscrit (téléphones coupés). Les participants s'installent en cercle ou autour d'une table.

- Composition

Le personnel qui assure les débriefings, peut-être du personnel de santé mentale (médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux), mais aussi des sauveteurs (pompiers, policiers, personnels de la protection civile) motivés pour apporter un soutien à leurs pairs (peersupport), à leurs camarades traumatisés. Les intervenants doivent être volontaires, motivés et doivent avoir reçu aussi une formation spécialisée en débriefing. Les debriefers sont choisis en fonction de l'incident et des sujets impliqués (par exemple des policiers si l'incident critique a concerné des policiers, et des pompiers si l'incident a concerné des pompiers).

Le débriefing doit être assuré par un leader qui peut être soit psychologue, médecin, assistant social ou cadre, mais il doit être spécialement formé à cette procédure, et expérimenté. Dans l'idéal, ce leader doit venir d'un organisme extérieur à l'institution. Et, il ne doit en aucun cas avoir été impliqué dans l'incident, ni même son équipe.

Les personnels de débriefing, qui accompagnent le leader, sont également spécialement formés à ces procédures. Ils peuvent intervenir en appui du leader, ils observent et signalent discrètement, pendant le déroulement de la séance, les sujets qui présentent des signes de décompensation émotionnelle, de retrait ou d'irritation [114].

- Indications

Le débriefing s'applique spécifiquement à tous les personnels de secours impliqués lors d'un incident critique : sauveteurs, pompiers, policiers, infirmiers, cadres, assistants sociaux, psychologues et médecins. Il peut également être réalisé individuellement, mais l'impact en termes de restructuration cognitive sera moins important. De plus, Mitchell tient à distinguer le débriefing de l'intervention thérapeutique par quatre points :

- déroulement strict (du débriefing) versus déroulement souple (de la thérapie) ;
- raconter l'événement versus le revivre ;
- ne pas interpréter versus interpréter ;

- expliquer, dédramatiser et conseiller versus écoute neutre.

- Nombre

Le débriefing peut être appliqué individuellement, pour un seul sauveteur, ou collectivement à toute une équipe mais tous doivent avoir été concernés par le même incident.

L'effectif optimum de fonctionnement se situe entre cinq à douze personnes, ce qui permet à chacun de s'exprimer plusieurs fois suffisamment longuement pendant une séance de deux à quatre heures. Si l'effectif est plus important, il est recommandé de le diviser en sous-groupes, répartis au hasard ou en fonction des profils de poste.

- Les étapes

La procédure du débriefing doit se dérouler rigoureusement en sept étapes : l'introduction (explication du déroulement), la description des faits, la description des cognitions, la description des réactions, la description des symptômes (normal et pathologique, les symptômes à venir), l'enseignement (ou psychoéducation, distribution de support) et pour finir, le retour d'expérience avec la synthèse.

- Théorisation de la technique mitchellienne

Dans le cadre très spécifique du débriefing, Mitchell est très réticent à la confrontation d'emblée des sujets à leur vécu émotionnel. Il justifie ainsi le déroulement en étapes strictes, en expliquant les différents niveaux. En effet, il préconise de partir des faits, car il s'agit d'un niveau sécurisant et impersonnel. Puis, de passer au niveau des pensées et cognitions, car il est plus personnel et est propre à chacun. Il termine en descendant au niveau émotionnel et au niveau des symptômes où le sujet apparaît le plus fragilisé.

Il remonte au niveau de l'explication et de la connaissance de ces émotions, puis au niveau de l'explicitation des pensées, de telle manière que des pensées rationnelles se substituent aux pensées inadéquates, et revient enfin, au niveau des faits, éclairés cette fois de toutes les informations et explications nécessaires. La vision partielle et fautive de l'événement est remplacée par une connaissance objective et globale. Cette démarche constitue une courbe en forme de V. Les deux branches du V se situent au niveau descriptif, la partie médiane de chaque branche au niveau cognitif, et la pointe du V au niveau affectif. On part à gauche dans le descriptif, on descend dans les cognitions, puis dans les émotions et les symptômes, puis on remonte la branche droite du V en s'expliquant sur les symptômes, sur les réactions et leur vécu au moment de l'incident, sur les cognitions (identification critique des cognitions justes et de cognitions erronées). On termine au niveau de la description, cette fois objective avec des connaissances adéquates.

Le DP de Mitchell est la référence en ce domaine, il est utilisé surtout dans le cadre de catastrophe naturelle par la Croix rouge mais pour ses sauveteurs spécifiquement et pas pour les victimes, en respectant les principes de réalisation sur le terrain et de brièveté [12].

Toutefois, Mitchell lui-même se défend d'y attribuer une vertu thérapeutique ou préventive. Cette technique n'est pas applicable à tout type de population, ici il s'agit spécifiquement de sauveteurs. Le groupe est souvent antérieurement constitué et ils affrontent les événements dans le but d'apporter leur aide aux victimes. Le contexte de l'exposition au traumatisme diffère par rapport à la population générale. Cette procédure reste néanmoins longue et nécessite plusieurs intervenants.

1.2.2 - Modèle d'Armstrong (1991)

Armstrong dans son DP à visée des sauveteurs identifie 12 facteurs de stress ("stressors") :

- la multiplicité des contacts avec les victimes ;
- la longueur des contacts avec les victimes ;
- l'environnement de travail détérioré ;
- le changement radical par rapport aux missions de routine ;
- la peur des ondes de réplique et des éboulements ;
- le manque d'expérience de la plupart des personnels vis-à-vis de cette situation ;
- pour certains, le fait d'avoir été récemment exposés à une autre catastrophe ;
- le fait de devoir fournir un effort de soutien important et prolongé ;
- l'effet démoralisant de l'environnement de désastre urbain ;
- le fait de devoir rester longtemps éloigné de son domicile et de sa famille ;
- le fait d'avoir affaire à une population hostile à tout ce qui vient de l'état ;
- la mauvaise image de marque de l'institution représentée par les sauveteurs.

Pour Armstrong, il est utile d'adapter le DP en fonction des "stressors" spécifiques et de réduire les séances à 2 h en limitant les groupes à 12 ou 15 personnes.

1.2.3 - Modèle de Dyregrov

En 1997, le psychologue norvégien Atle Dyregrov [59], définira pour sa part le "Process debriefing". Ce premier débriefing européen est empreint de sa culture avec le poids du groupe, et du soutien social. Cette technique est utilisée à la fois chez les victimes comme chez les sauveteurs.

Dyregrov s'intéresse à l'antériorité du groupe, à sa légitimité, aux obstacles tels que les personnalités pathologiques, les conflits internes, les traumatismes anciens mal assimilés.

L'histoire du groupe s'avère importante, elle a un pouvoir de cohésion. De même, l'auteur met en garde contre une information insuffisamment commentée sur les styles de faire face (ou stratégies de coping) proposés. Dyregrov recommande d'introduire dans la séance de debriefing des membres du groupe non présents pendant l'événement. Ils sont plus performants dans le soutien social associé à leurs pairs et ils possèdent également des facultés de compréhension de l'événement qui peuvent éclaircir les victimes.

Dyregrov déconseille l'utilisation de supports visuels (tableau noir, diapositives, rétroprojecteurs), même pendant la phase d'information, lui attribuant une valeur disruptive. La durée du DP doit être comprise entre 2 heures et 3 heures et demie, sans interruption. En termes de dispositions matérielles de la séance, Dyregrov préconise une répartition en rectangle plutôt qu'en cercle. Le leader et les co-leaders se répartissent à chaque extrémité du rectangle : cela facilite les interactions au sein de l'équipe, et évite la dispersion d'attention des participants. Toutes les dispositions pratiques (dimension de la table, nombre de chaises, provision de boisson, etc.) doivent être prises avant l'ouverture de la séance, l'accent étant mis sur la qualité de l'accueil.

Dans cette première version européenne du DP, Dyregrov utilise le groupe comme levier thérapeutique mettant l'accent sur l'intérêt du support social.

1.2.4 - Raphael (1986), et Shalev (1994)

Les modèles de Raphael et de Shalev proposent un DP pour les civils, réalisable en groupe ou en individuel [130, 139]. L'attention se porte sur les aspects positifs et négatifs de l'expérience personnelle de chaque sujet, leurs sentiments et les relations au sein du groupe pendant l'intervention favorisant la cohésion du groupe. Ils émettent des réticences sur l'application de cette technique pour les deuils ou les séparations chez des sujets ayant un antécédent de traumatisme. Ce modèle favorise la communication au sein du groupe et ainsi la cohésion, garantissant un meilleur déroulement d'intervention future, à travers le repérage de différentes cibles.

1.3 - L'expérience francophone

La position française est distincte des positions américaines. L'accent est mis sur la verbalisation émotionnelle [49].

1.3.1 - Les dix principes de L. Crocq

C'est à la suite d'interventions diverses comme des prises d'otage, des détournements d'avion et le tristement célèbre effondrement des tribunes de Bastia que L. Crocq, un général de l'armée française, édicta les dix principes du debriefing [51].

Le DP à la française a, à la fois une fonction préventive (prévention de l'installation de séquelles psychotraumatiques) et une fonction thérapeutique (réduire les symptômes persistants liés au stress et les premiers symptômes résultants d'une expérience traumatique).

Ce modèle s'applique aussi bien aux victimes qu'aux intervenants et suit les principes suivant :

- La restitution du cadre spatio-temporel ;
- retrouver une autonomie ;
- verbaliser l'expérience vécue (visée cathartique) ;
- donner les informations sur les symptômes éprouvés (avec remise d'une plaquette d'information) ;
- diminuer le sentiment d'isolement et d'incommunicabilité ;
- harmoniser les relations du groupe ;
- réduire les sentiments d'insécurité, d'impuissance, d'échec et de culpabilité ;
- préparer les sujets à la réinsertion dans le monde ;
- repérer les sujets à risque ;
- mettre un point final l'événement.

1.3.2 - Théorisation du modèle

Le débriefing psychologique est, à l'origine, une technique de décharge émotionnelle visant l'abréaction "c'est une décharge émotionnelle par laquelle un sujet se libère de l'affect attaché au souvenir d'un événement traumatique, lui permettant ainsi de ne pas devenir ou rester pathogène [95]. Mais au-delà de la simple décharge émotionnelle, qui peut être spontanée ou provoquée, lors du débriefing psychologique, l'élaboration n'est possible, que si les émotions sont libérées.

C'est la visée cathartique qui ajoute la valeur thérapeutique au débriefing ou comme dit Lebigot, « construire un sens à partir de l'événement » [101].

1.3.3- Constitution

La séance peut être soit individuelle soit collective mais dans ce cas, le groupe doit avoir été constitué préalablement. La participation au groupe doit être volontaire et la durée moyenne de l'intervention est de 2 heures.

1.3.4 - Conditions de réalisation

Le nombre d'intervenants doit être de 2 intervenants minimum : l'animateur et l'observateur. L'animateur dirige la séance, il introduit, se présente avec ses collègues. Il encourage les personnes présentes à exprimer toutes les réactions, sensations, émotions

qu'elles ont éprouvées pendant et depuis le choc, l'incrédulité, le déni. C'est lui qui conclura la séance en reprenant ce qui aura été formulé, en proposant si nécessaire la date d'une autre séance. Il s'agit là d'une différence notable par rapport aux autres modèles car jusqu'à présent les autres DP décrits se limitaient à une séance unique. L'observateur fournit le soutien émotionnel à l'animateur, il aide les participants qui revivent une crise émotionnelle, et note le déroulement de la séance. Il permet au sujet en utilisant la reformulation, de trouver un sens à l'événement et d'aller vers l'élaboration psychique.

1.3.5 - Cadre de réalisation et compétences du thérapeute

Il s'agit d'offrir un soutien émotionnel et une compréhension de l'événement au participant. L'intervenant doit pouvoir entendre le récit et la souffrance sans chercher, de manière défensive, à amoindrir la portée ou à la banaliser. Il doit pouvoir rassurer, avoir des compétences pour la technique et pouvoir avoir autorité sur un groupe.

Le thérapeute encourage la verbalisation, maintient une attitude d'écoute sans jugement. L'intervenant utilise la reformulation et l'empathie propice à l'établissement d'un climat de confiance. En aucun cas, il ne prendra pour soi les réactions des participants (lorsque la colère se manifeste, essayer de la focaliser sur la source réelle). Lorsqu'il s'agit de chagrin, on oriente alors le discours sur des aspects positifs autant que possible, tout en donnant des informations (repères indispensables).

La confidentialité absolue doit être la règle absolue, elle est formulée aux participants. Les organisateurs doivent être vigilants à ce qu'il n'y ait pas de constitution hiérarchique des groupes ainsi qu'à promouvoir un confort physique préalable. Les groupes ne doivent pas excéder au maximum 10 personnes pour que chacun puisse s'exprimer, il ne faut pas hésiter à fractionner les groupes si nécessaire.

Tableau récapitulatif des différentes techniques de débriefing

Type de débriefing	Population	Intervenants	Durée	Nombre	particularité
Marshall	Militaires	Militaires		Groupe de pairs Pas de prise en compte de la hiérarchie	Narration dans l'ordre chronologique Attachement aux détails descriptifs
Sokol	Militaires	Psychiatre X2, psychologue, assistante sociale, chapelain			Propriété préventive et thérapeutique
Amstrong					Utilisation de support Visuel Prise en compte des stressors
Mitchell	Sauveteurs	Deux intervenants formés	4h	En individuel ou en groupe (de 5 à 12)	En 7 étapes
Dyregrov	Victimes et sauveteurs		2h à 3h30	En fonction de La légitimité du groupe. Possibilité de fractionner en sous-groupe	Table rectangulaire Importance du soutien sociale apporté par le groupe
Shalev				En groupe ou en individuel	Registre émotionnel et affectif
DP à la française	Sauveteurs ou victimes	2 intervenants min	2H	Individuel ou groupe (max 10)	Trouver un sens à l'événement Proposition de séance supplémentaire

2- L'intervention psychothérapeutique précoce

Le DP francophone s'adresse à des victimes, qui présentent des symptômes psychotraumatiques avérés ou émergents et/ou une souffrance psychique. Il doit être effectué par des psychiatres ou des psychologues cliniciens spécialement formés à ces approches.

Il y a donc une continuité d'action qui relie le defusing, le débriefing et la thérapie du trauma. Le thérapeute accompagne la victime à chaque étape. Ainsi le terme de débriefing n'apparaît plus adéquat.

Actuellement, au terme de débriefing est préféré le terme d'intervention psychothérapeutique précoce ou le terme d'intervention précoce post-immédiate. Ainsi, dans le déroulement de ce type d'intervention, la narration des faits est un point de départ pour une expression des émotions puis des cognitions. Chacun énonce également les actes qu'il a pu réaliser à chacune de ces étapes dans cette progression vers une représentation de l'événement. Dans tous les cas, cette intervention doit rester une offre de soins proposée à des sujets volontaires.

L'intervention psychothérapeutique précoce est préconisée par l'école française. La plupart des auteurs estime que dans la majorité des cas, une prise en charge précoce permettrait la réduction de la durée moyenne des symptômes d'au-moins 50 % [117].

2.1 - Le Defusing Psychologique

Le defusing s'intègre dans une prise en charge précoce du traumatisme, en lien aux soins immédiats. Il prend place dans les toutes premières heures qui suivent le traumatisme sur les lieux mêmes de la catastrophe ou de l'agression. Sa traduction littérale est le désamorçage.

De plus, c'est aussi le temps de l'évaluation et l'orientation qui sont des axes essentiels de la prise en charge immédiate. En effet, l'intervenant doit être capable de repérer quel sujet présente un état pathologique ou non, permettant ainsi de l'orienter vers le type de prise en charge. La littérature actuelle reste assez pauvre concernant la description de cette technique.

2.1.1 - L'évaluation

Elle permet de repérer les différents états cliniques des patients, notamment s'il s'agit d'un état de stress dépassé ou adapté, décompensé, avec orientation possible vers une hospitalisation. L'intervenant doit pouvoir repérer les sujets à risque et notamment les symptômes dissociatifs. Les sujets les plus à risques sont ceux présentant une précarité

sociale, une perturbation de la mémorisation des faits, des manifestations neurovégétatives, des tentatives d'adaptation par la fuite et l'évitement.

2.1.2 - Les vécus péritraumatiques

Sans parler de symptôme, on se trouve également confronté en péritraumatique à des vécus en lien au contexte traumatique.

- Le sentiment d'arbitraire
Il est ressenti comme violent, soudain, faisant rupture avec la vie du sujet vécue comme continuum, entraînant des questionnements ("mais pourquoi moi ?", "je ne pensais pas que cela pourrait m'arriver ?", etc...).
- Le sentiment de culpabilité
Il s'agit d'un mécanisme de défense en réponse au sentiment d'arbitraire. Le sujet se réapproprie la responsabilité de l'événement. Pour le sujet, c'est un véritable soutien, et il faut en tant que thérapeute, le respecter. Il est garant du lien avec l'humanité et peut être traumatogène si on le lui enlève.
- L'altération du sentiment d'appartenance
Il correspond au vécu d'étrangeté à l'égard de soi mais aussi des autres. Le traumatisme brise l'unité du sujet mais aussi met en souffrance les liens interpersonnels antérieurs. Le sujet présente des difficultés par rapport à son système de représentations antérieures ("Je ne me reconnais plus", "Je ne suis plus le même", etc...).

2.2 - L'approche anglo-saxonne : The Psychological First Aid

Ce type d'intervention est détaillé sur le site américain consacré aux vétérans, s'inspirant des recommandations pédiatriques, elle est adressée aux professionnels et aux civils. Il s'agit d'une technique à appliquer dans les suites immédiates du traumatisme.

L'organisateur doit avoir les qualités suivantes : il doit être calme et faisant preuve de clairvoyance (bon sens). Il invite les sujets à prendre place dans un lieu sécurisant et évalue les symptômes en faveur d'un état de stress aigu, il repère s'il existe les facteurs de risques ou la notion de traumatismes antérieurs. Une attention particulière doit être portée aux sujets présentant certains états avec notamment des éléments d'ordre dissociatifs :

- Désorientation
- Confusion
- Panique
- Inhibition
- Irritabilité ou colère

- Impulsivité

Il évalue la nécessité d'un traitement anxiolytique. L'échange doit être positif, accueillant et non intrusif. Il s'agit d'une prise de contact favorable à la mise en place de la relation. Il est important de pouvoir établir un sentiment de sécurité et de confort matériel, physique et émotionnel pour le sujet. Pour cela, l'aidant doit pouvoir être capable d'identifier les besoins et les préoccupations. En effet, la dispense d'une assistance pratique est un élément important dans ce type de prise en charge. De même, c'est un moment propice à faciliter le lien social et à dispenser une information tout en favorisant le lien avec les services d'aide.

L'objectif de ce type d'intervention est de réduire les symptômes de stress, de créer une atmosphère sécurisante et de faciliter les ressources adaptatives permettant de stabiliser les affects. Il s'agit d'une coordination multidisciplinaire. Cela permet de développer un lien solide entre les victimes permettant ainsi au groupe de puiser dans ses propres ressources.

Ce contact ainsi créé, permet de faciliter l'accès aux soins ultérieurs, en formulant une demande de consultation au besoin de la part du sujet. Ce type de prise en charge reste la trame générale pour les sujets sans complications.

Pour les autres sujets, certaines équipes comme celle de Ruzek développe "Secondary Psychological Assistance". Il s'agit des sujets à haut risque, nécessitant une aide supplémentaire. Les programmes, réalisés par des professionnels de santé mentale, sont multiples et tous requièrent une prise en charge débutant dans les suites immédiates du trauma. Ils s'axent sur la psycho-éducation, les stratégies de coping et la gestion du stress.

Ainsi, le niveau de compétence pour ce type de prise en charge paraît très variable, en miroir avec les tableaux cliniques. Ils sont en faveur d'une meilleure transversalité et d'un échange entre les différents corps de métiers.

2.3 - Le defusing à la française

L. Crocq le traduit par le déchoquage immédiat dont le but est de "procéder à un entretien psychothérapeutique visant une première verbalisation des émotions et des affects".

Trois objectifs principaux gouvernent la pratique du defusing :

- Favoriser l'ouverture d'un espace de parole contenant et rassurant, espace qui se définit comme un "soin psychique immédiat" ;
- Contenir et réguler les décharges émotionnelles
- Ne pas dédramatiser prématurément la situation traumatogène.

Si pour L. Crocq, le defusing est un debriefing sommaire ou sa version épurée, Lebigot soulignent son "caractère d'accompagnement du patient basé sur la réassurance, la

restauration d'un premier soutien psychologique de base et une contenance, il représente un temps inaugural de verbalisation émotionnelle immédiate [51, 56].

2.3.1 - Descriptif de la technique

Il s'adresse aux personnes en état de stress adapté, souhaitant avoir un temps d'écoute. Il s'agit d'un entretien court, allant en général de 10 à 30 minutes. Le lieu de l'entretien est de préférence autre que le lieu de l'événement, ou bien dans un espace délimité prévu à cet effet.

Le temps de l'intervention précoce est aussi nécessaire pour rassurer le sujet sur sa sécurité.

Le patient est resitué dans l'espace temporel.

L'entretien est non intrusif : "Avez- vous envie d'en parler ?" et on doit laisser la possibilité au sujet de différer l'entretien à un autre moment s'il le souhaite. Il est important de noter que cet entretien supplémentaire doit être possible et non pas obligatoire.

2.3.2 - Qualités du professionnel requises

Les professionnels doivent être en capacité de contenir les émotions ressenties par le patient, comme la détresse, la frayeur, le sentiment d'impuissance, de culpabilité, d'étrangeté. Le professionnel incarne véritablement la fonction de porte-parole. Il doit également travailler sur la réintégration de la réalité. Le travail d'expression traumatique doit être réalisé en respectant les mécanismes de défense (le sentiment d'arbitraire, la culpabilité). L'intervenant reconnaît la souffrance ressentie, sans chercher à la banaliser ou à la minorer (dédramatiser) ni chercher à déculpabiliser, et doit accepter les processus de désengagement. Exemple de question type possible : "Pouvez-vous me dire ce qui est arrivé ?" ; "Pouvez-vous me dire ce qu'il s'est passé, comment vous sentez-vous maintenant ?".

L'écoute doit avoir une vertu réparatrice au sens où elle relance l'activité psychique, notamment la capacité de liaison et de représentation du sujet. La parole prend alors une fonction apaisante. Le sujet peut ainsi donner du sens à cette expérience.

2.3.3 - Le temps de la récupération émotionnelle

Dans ces premiers entretiens, l'objectif principal est la récupération physique, avant la décharge émotionnelle. Il peut aussi être le moment d'un premier éclaircissement bref du rôle de chacun dans l'intervention.

Pendant ce premier contact de récupération émotionnelle et de récapitulation cognitive, les intervenants répondent simplement aux questions posées par les victimes : "Qu'est-ce que j'ai fait (ou pu faire) ?" "Que s'est-il au juste passé ? Comment je m'en suis sorti ?".

L'intervenant doit être vigilant au cadre qui doit être calme et accueillant, comme la proposition d'offrir des boissons fraîches ou chaudes.

Il ne faut pas commencer à explorer les émotions à ce stade, ou à poser des questions telles que "Quel était le moment le plus douloureux de cette intervention ?". En effet, la majorité des travaux démontrent qu'une telle approche risque d'être néfaste en re-traumatisant.

Pendant ce premier contact immédiatement après l'événement, il n'est pas question de reconstruire l'événement de façon détaillée, cela se fera dans les jours suivants après une récupération et un repos physique.

En effet, la verbalisation et l'exploration des émotions en rapport à l'événement risquent d'aggraver l'état du sujet. Seigel (1999) parle de la "fenêtre de la tolérance" littéralement et librement traduit de "window of tolerance". Lors du franchissement de ces limites, l'individu perdrait ses capacités de traitement de l'information émotionnelle et cognitive.

Le "switchoff" des fonctions supérieures du cerveau rend ainsi impossible toute synthèse, personnification et intégration de l'événement traumatogène. L'individu "traumatisé" retombe à un niveau de réflexes et/ou d'instincts archaïques et risque d'être exposé à une revictimisation et une re-traumatisation pendant des activités de soutien trop précoces et axées sur la verbalisation.

Même si les émotions ne sont pas encore explorées en détail, il arrive que les victimes puissent spontanément les exprimer, notamment sous forme de détresse ou de désarroi, notamment en cas de blessés ou de personnes décédées. Une écoute offre déjà un premier soutien émotionnel mais celle-ci ne doit pas être exploratrice ni thérapeutique.

3 - Traitement pharmacologique

Le traitement pharmacologique n'est pas systématique et s'il est réalisé, il doit être introduit au plus près de l'événement traumatique [58, 148, 149]. Le but du traitement pharmacologique en post-immédiat est de pouvoir maîtriser voire amender les symptômes d'hyperactivité neurovégétative. Cet effet pourrait contribuer à diminuer le risque de développement de l'ESPT.

3.1 - Les anxiolytiques : les benzodiazépines

Les anxiolytiques de type benzodiazépines qui ont été largement utilisés doivent actuellement être utilisés avec pondération au vu de la balance bénéfices/risques [148, 149]. Certaines études ont démontré une efficacité de l'alprazolam sur les symptômes tels que les troubles du sommeil. Toutefois, cette efficacité s'estompait lors de l'arrêt du traitement. Et

une autre étude a rapporté qu'ils seraient responsables d'une augmentation de risque de développement de l'ESPT.

3.2 - Les Antihistaminiques

Des études sont actuellement en cours afin d'évaluer l'efficacité des antihistaminiques notamment dans le cadre de l'ESA. Certains auteurs font l'hypothèse que l'hydroxyzine pourrait agir en bloquant les récepteurs histaminiques au niveau hippocampique, ce qui permettrait d'agir contre les phénomènes d'hyperfixation mnésique. De plus, elle pourrait contrôler l'activité hyperadrénergique au niveau amygdalien. Ainsi, Vaiva et al. (2008) [149] recommandent l'utilisation de l'hydroxyzine dans les premières heures suivant l'événement traumatique, à une posologie comprise entre 50 et 100 mg/J et pour une durée limitée entre 8 et 10 jours.

3.3 - Les bêtabloquants : le propranolol

Les bêtabloquants ont fait l'objet de plusieurs études. Vaiva et al. (2003) [150] ont mené une étude sur 19 personnes victimes de traumatisme. Onze personnes ont bénéficié de propranolol à la posologie de 120 mg/jour pendant sept jours et ont été comparées à des sujets témoins. Cette molécule a été donnée dans le service d'urgence entre 2 et 20 H après l'événement traumatique. Cette étude a mis en évidence une moindre intensité des symptômes post-traumatiques chez les sujets ayant bénéficié de propranolol.

Une étude menée par Pitman et al. (2002), sur 41 victimes d'événements traumatiques, a mis en évidence une différence statistique significative pour la prévalence de l'ESPT, chez le groupe ayant bénéficié du traitement par rapport au groupe témoin.

4 - Prise en charge à distance et au long cours

4.1 - Abord psychothérapeutique

L'abord psychothérapeutique est la pierre angulaire du traitement de l'ESPT. De nombreuses approches ont été proposées.

4.1.1 - les thérapies psycho dynamiques

Le point commun de l'ensemble de ces thérapies est qu'elles sont centrées sur l'abréaction pour permettre au patient la verbalisation de l'évènement traumatique afin d'en revivre l'expérience émotionnelle dans une visée cathartique.

4.1.2 - Les thérapies cognitives et comportementales

Elles sont clairement codifiées et s'articulent autour de quatre phases, évocation et description de l'expérience traumatique, apprentissage de techniques de relaxation, travail sur les capacités à communiquer sur l'expérience traumatique et, enfin, approche de la dimension cognitive du traumatisme.

4.1.3 - L'hypnose

Freud et Janet ayant remarqué les liens entre hypnose, dissociation et traumatisme, l'hypnose peut donc être un outil efficace dans le champ du traumatisme psychique. Utilisée dans la pathologie psychotraumatique elle est focalisée sur le trauma en ce qu'elle vise la stabilisation et la réduction des symptômes, le traitement des souvenirs traumatiques et le travail sur la personnalité et son contexte. L'objectif principal du travail thérapeutique est de « casser le monolithe » que représente le trauma en entrant avec prudence dans la bulle hypnotique qui s'est constituée pour pouvoir ponctuer la crise psychique, apprendre au patient l'autohypnose et lui offrir des suggestions spécifiques concernant le contexte et le vécu du trauma.

4.1.4 - L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

C'est une technique découverte par Shapiro à Palo-Alto aux Etats-Unis, de façon fortuite. En effet, alors qu'elle présente des difficultés personnelles, elle découvre l'effet thérapeutique d'un mouvement alternatif des yeux sur la qualité affective de ses souvenirs. Le principe de cette thérapie consiste en une exposition en imagination de tout ou partie du trauma, pendant laquelle le patient suit des yeux un mouvement rapide de va-et-vient de la main du thérapeute qui sera répété jusqu'à l'obtention d'une diminution de l'anxiété du sujet sur un thème choisi de l'événement traumatique. Controversée en France cette technique est aujourd'hui recommandée par les instituts américains les plus sérieux.

4.2 - Abord pharmacologique

Les traitements de référence aujourd'hui reconnus dans le traitement de l'ESPT, sont les antidépresseurs sérotoninergiques (IRS).

Il est communément admis que les anxiolytiques et les hypnotiques n'ont pas leur place dans le traitement de l'ESPT. En cas de nécessité on leur préférera des anxiolytiques dérivés pipéraziniques (hydroxyzine). En cas d'échec ou de mauvaise réponse au traitement antidépresseur, il serait recommandé malgré la fragilité des études, d'associer d'autres thérapeutiques. Tous les régulateurs de l'humeur ont été proposés, ainsi que les anti-adrénergiques, la buspirone et plus récemment des antipsychotiques de nouvelle génération.

5 - Réparation médico-légale

Une éventuelle indemnisation se base sur le taux d'invalidité qui se veut le reflet au plus juste du retentissement de la pathologie sur le fonctionnement du sujet. Faire de cette démarche un parcours uniquement administratif serait se priver d'une étape importante du parcours de soin de la pathologie psychotraumatique. En effet, la reconnaissance de la nation est aux yeux de certains patients aussi voire plus importante que la compensation financière du handicap et peut avoir une répercussion très positive sur l'évolution de la maladie. C'est ainsi qu'on respectera la temporalité de la pathologie, en laissant au patient l'initiative de l'ouverture du dossier, sans systématisation excessive.

La consultation d'expertise pourra alors être un lieu privilégié d'écoute et d'empathie aux vertus thérapeutiques. Le principal écueil à éviter est alors de conforter le patient dans une quête de bénéfices secondaires qui aggravera les symptômes. C'est pour cela que la continuité de la prise en charge, du repérage jusqu'à la réparation des séquelles est fondamentale. Elle se veut globale, adaptée à chaque cas et avec une excellente coordination des différents acteurs. L'articulation du dispositif se fera autour du médecin des forces, élément de proximité indispensable à toute intervention.

VIII - CARACTERISTIQUES GENERALES DU MILIEUX MILITAIRE

1 - Le milieu militaire

Chargée de la défense de la nation, cette institution se doit d'être forte, persuasive et dissuasive. Elle se fait alors un devoir d'éliminer tout facteur interne ou externe, qui pourrait porter atteinte à son image, sa force, sa cohésion et sa crédibilité [138].

Remarquable par son organisation, de type bureaucratique au sens sociologique du terme, certes contraignante, elle privilégie la notion de poste et de fonction. Elle est indépendante de la fonction publique et est dotée d'une caisse sociale propre et aussi d'un cadre pénal spécifique.

C'est aussi un milieu où l'ordre prime sur la liberté, les actions individuelles sont soumises à l'autorité préalable et le droit d'expression déduit.

Le militaire n'a aucun choix de son lieu d'affectation, de son cadre de vie, de son entourage ou de l'aménagement de son espace-temps.

C'est un milieu intransigeant et intolérant envers tout élément susceptible d'entraver ses rouages ou pouvant représenter un danger et sera donc par la même un excellent révélateur de tout troubles psychique.

L'armée est comme le déclare le Colonel Juillet, « une société régie par des instances institutionnelles fortes » [84]. Dans sa composante humaine, nous soulignerons la relative jeunesse de ses effectifs d'où la fréquence des affections et des troubles inhérents à cette tranche d'âge.

Même si l'on a pu imaginer des guerres « chirurgicales », limitées au minimum de violence nécessaire, des guerres avec « zéro mort », en tous cas du point de vue de son propre camp, la guerre demeure le lieu de confrontation à la mort. C'est sans doute ce que recherchent certains à travers ce type d'engagement avec une part d'inconnu tant que la confrontation n'a pas eu lieu.

2 - Approche psycho-dynamique de la relation individu-milieu militaire

Plusieurs auteurs ont insisté sur les aspects dynamiques de la relation individu-milieu militaire. Nous citons d'emblée la situation régressive imposée par la collectivité militaire, avec cette vie préservée, en vase clos.

D'un point de vue général, l'accent est mis sur la transposition de la dynamique des relations parentales à un niveau différent : celui de la relation individu-collectivité.

En situation opérationnelle, Freud discute et argumente la notion de conflit entre le Moi paisible (peaceful ego) du soldat et son nouveau Moi, guerrier (warlik ego) [66]. Le même auteur insiste également sur la structure libidinale de l'armée qui occupe un grand rôle à côté d'autres facteurs de cohésion tels que les idées de patrie ou de gloire nationale, le sentiment social repose ainsi sur une transformation d'un sentiment primitivement hostile en un attachement positif qui n'est, au fond, qu'une identification.

3 - La sélection

Nous finirons ce chapitre en disant que tout ce monde est normalement « trié » par les divers centres de recrutement, Cette action débute par la visite de sélection et de recrutement qui doit, normalement jouer un rôle de véritable « filtres ». Sachant que devant les engagés volontaire (atteints éventuellement de troubles psychiatriques), le problème de dissimulation est à avoir toujours à l'esprit ; alors que la simulation caractérisera les divers appelée du service national.

En effet, en écartant les malades ou les sujets simplement prédisposés, elle préserve ces derniers de la survenu de maladies parfois graves, souvent longues, aux incidences multiples et néfaste et dont le résultat est, pour l'armée, une lourde charge et comme conséquence une diminution du rendement militaire et des perturbations de la collectivité. Autant dire que cette action prophylactique trouve son efficacité et son complément naturel par des liaisons bien établies avec les organismes civils correspondants.

Certes le filtre n'est pas parfait, mais il est perfectible et l'institution militaire s'y emploie à chaque instant pour l'améliorer. Il ne s'agit donc plus maintenant de déceler uniquement les troubles mentaux mais aussi de faire un pronostic d'adaptation et de détecter la vulnérabilité des sujets à peine sortis de l'adolescence pour la plupart, phénomène qui se situe simultanément sur trois plans ; biologique, psychologique et social.

IX- CONCLUSION

Les événements traumatiques génèrent potentiellement chez l'individu un état de fragilité extrême dans lequel l'ensemble de son équilibre (psychologique, familial, socioprofessionnel) peut être totalement perturbé, de façon immédiate et pour une durée indéterminée (court, moyen, ou long terme), ces conséquences, lourdes, peuvent l'être à la fois pour l'individu, pour son entourage, mais aussi pour la société.

L'état de stress post-traumatique a suscité ces dernières années de nombreux travaux de recherches dans les populations générales ou spécifiques, tant sur les plans épidémiologique, que neurobiologique ou encore thérapeutique. Les résultats de ces différentes études ont indiqué, entre autre, que l'état de stress post-traumatique constituait un véritable enjeu de santé publique.

le développement de l'ÉSPT, ainsi que l'intensité de ses symptômes, se trouvent associés à des facteurs de risque qui contribuent à la probabilité que l'exposition à un ÉT ait des conséquences à long terme sur la santé du militaire et à des facteurs de protection qui facilitent l'adaptation à la suite d'un ÉT en prévenant les symptômes posttraumatiques ou en atténuant leur intensité.

Les recherches sur les variables prévisionnelles de l'ÉSPT ont été nombreuses depuis l'apparition de ce diagnostic. Pourtant, celles-ci ne nous éclairent peu ou pas encore suffisamment quant à la valence des facteurs prévisionnels, à leurs relations et à leurs rôles respectifs dans la modulation de l'ÉSPT.

ETUDE CLINIQUE

I- PRINCIPES DE L'ETUDE

1- Hypothèse :

Le métier des armes expose le militaire à engager sa vie et à se confronter à la question de sa mort, souvent à travers celle d'autrui. Les risques auxquels est confronté le militaire sont donc multiples : risque d'être blessé, d'être tué, de se trouver confronté à tout l'innommable de la violence des hommes et parfois à sa propre violence, mettant ainsi en péril l'équilibre individuel et ou systémique et faisant appel à un réajustement permanent des stratégies adaptatives.

Bien que l'institution soit de nature sélective, l'adaptation est un processus dont l'efficacité dépasse largement la structure de la personnalité et sa défaillance retentit de manière indéniable sur cette dernière.

L'identification des facteurs prédictifs de rupture de l'équilibre adaptatif à une double portée : action préventive (vulnérabilité en amont) et aussi une action curative (résilience en aval).

2- la problématique :

Même si l'ESPT fait l'objet d'une large communication et d'une prise de conscience au sein de l'institution militaire, il demeure un sujet tabou dans une communauté prônant par essence le courage, le dépassement de soi et des valeurs « viriles ». L'ESPT est encore considéré comme une marque de faiblesse, une défaillance personnelle et une défection vis-à-vis du groupe.

Pourquoi tous les sujets exposés à un événement stressant majeur ne souffrent-ils pas secondairement d'un état de stress post-traumatique ? Pourquoi les sujets psycho-traumatisés ayant vécu la même situation stressante ne fixent-ils pas la même perception sensorielle et ne structurent-ils pas un ESPT identique.

3- les objectifs :

Notre travail a pour objectifs :

Objectif principal :

- Identifier les facteurs prédictifs de l'état de stress post traumatique en milieu militaire, qui seront présentés en trois catégories, les facteurs pré traumatiques, les facteurs péri traumatiques et les facteurs post-traumatiques.

Objectif secondaire :

- Améliorer la qualité de la prise en charge des états de stress post traumatique.
- Dépistage et évaluation des états de stress post traumatique en milieu militaire.
- Déterminer les temps de latence spécifique à notre population.
- Déterminer les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives de l'ESPT spécifique à notre contexte Algérien.
- Le travail qui sera développé dans cette thèse sera un état des lieux des ESPT, avec comme objectif la proposition d'un schéma de lutte et de prévention en milieu militaire, ainsi à une hygiène mentale plus efficace.

II- MATERIEL ET METHODE

1- le type d'étude :

L'étude que nous avons élaborée a été menée au service de psychiatrie de l'**Hôpital Militaire Régional Universitaire de Constantine (HMRUC)**.

La mission de l'HMRUC est double : il s'agit d'assurer le soutien des personnels du Ministère de la Défense et de participer aux activités hospitalo-universitaires de la faculté de médecine de Constantine. Cet hôpital reçoit des patients militaires ou civils en hospitalisation, en hospitalisation de jour, et en consultation.

L'étude se propose d'étudier deux groupes : un groupe de militaires ayant subi un événement traumatique et ont présenté des signes de réaction de stress aigu, qui ont justifié une orientation au service de psychiatrie ou aux urgences de l'hôpital (**HMRUC**). L'autre groupe, concerne des militaires, ayant subi les mêmes événements traumatiques, mais n'ont présentés aucun trouble justifiant leur orientation à l'hôpital, et ce en étroite collaboration avec les médecins des unités.

Il s'agit d'une étude cas témoins, le diagnostic de l'ESA, de l'ESPT et des troubles de la personnalité sont établi selon les critères DSM-IV-TR.

2- La population étudiée :

La population étudiée se compose de 120 malades orientés à la consultation de psychiatrie ou aux urgences médicales de l'**Hôpital Militaire Régional Universitaire de Constantine (HMRUC)**, pour un état de stress aigu suite à un événement traumatique et l'étude de 120 sujets militaires ayant vécu le même événement mais n'ayant demandé aucune prise en charge.

Avant de commencer notre étude, une requête a été formulée auprès de notre hiérarchie, demandant permission de lancer cette étude : un avis favorable a été émis par monsieur le Général Major **Directeur Central des Services de la Santé Militaire**.

3- Les Critères d'inclusion :

Les critères d'inclusions des patients ont donc été :

- le patient est militaire, âgé de 18 ans ou plus ;
- Le personnel militaire en service, ayant passé une année ou plus dans l'armée ;
- Les patients orientés par leur unité au service de psychiatrie ou aux urgences médicales ;
- Patients ayant subi un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
 - . Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée
 - . La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur ;
- Signes cliniques de l'état de stress aigu ;
- Durée des symptômes moins d'un mois après l'événement traumatique.

Les critères d'inclusions des témoins ont été :

- les militaires du même statut sociodémographique et professionnel que les patients, ayant vécu le même événement traumatique, donc relevant de la même unité.

4- Critère de non inclusion :

- Les militaires du contingent
- Les éléments civils assimilés
- Les militaires âgés moins de 18 ans.

III- DEROULEMENT DE L'ENQUETE

1- Moyens matériels :

Les moyens matériels ont été ceux du service de psychiatrie, et ceux mis à notre disposition par la direction des activités médicales de l'HMRUC.

Les données recueillies ont été saisies et traitées à l'aide de matériel informatique notamment les logiciels suivants :

- Word
- EXCEL logiciel Microsoft® 2007
- Imprimante IP1600/ Canon

L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel épidémiologique EPI INFO version 3.32 (février 9,2005). Ce logiciel permet une analyse univariée par calcul de fréquence de chaque variable ainsi qu'une analyse bivariée par croisement de variables afin d'établir d'éventuelles relations entre elles.

2-La Pré-enquête :

Pour la pré-enquête, et pour chaque malade, nous avons établi des fiches techniques que nous avons fait évoluer jusqu'à l'élaboration d'une fiche malade type.

3-L'enquête :

La première étape a consisté en une revue exhaustive de la littérature relative au sujet, ce qui nous permettait de faire le point sur la question, et de constituer notre grille de lecture.

La deuxième étape a consisté en la transcription des éléments cliniques recensés dans la littérature pour confectionner une fiche technique sous forme d'un questionnaire.

Le questionnaire de l'étude a été le fruit d'une lecture de la littérature sur les états de stress post traumatiques, notamment les facteurs de risque et de protection.

Nous avons retenu l'échelle révisée d'impact de l'événement (IES-R) (**Annexe 2**) ; créée par (Weiss et Marmar1996), construite à partir de l'Echelle d'impact de l'événement d'Horowitz et al. (1979), traduite et validée en français par Brunet et al. (2003).comprend 22

énoncés divisés en trois sous échelles : symptômes de réviviscences (8 Items), symptômes d'évitement (8 Items) et symptômes d'hyperactivation (6 Items).

Le questionnaire de l'étude (**Annexe 1**) s'organisait autour de trois thèmes :

Une première partie qui concerne les données pré traumatiques des patients et des témoins à savoir les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles les antécédents les troubles de la personnalité.

Une deuxième partie comporte les données péritraumatiques des patients et des témoins tels que la nature de l'ET, les caractéristiques de l'ET, le vécu pendant ou immédiatement après l'ET, l'épisode dissociatif au moment de l'ET, la durée subjective de l'ET, l'atteinte physique lors de l'ET, la localisation de l'atteinte physique lors de l'ET.

La dernière partie est réservée aux données post-traumatiques des patients seulement motif de consultation, incluant la durée du temps de latence, le soutien social perçu, la conduite tenue à la première consultation, l'évolution durant une année de prise en charge avec quatre évaluations ; pendant le recrutement, après trois mois, après six mois et enfin après douze mois.

Nous réaliserons par la suite une analyse des résultats que nous discuterons, puis nous terminerons par une conclusion générale sur le sujet.

IV- RESULTATS ET COMMENTAIRES

1- Les données prétraumatiques des patients et des témoins

1.1- Les Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

1.2- Les antécédents

1.3- Les troubles de la personnalité

2- Les données péritraumatiques des patients et des témoins

2.1- Nature de l'ET

2.2- Caractéristiques de l'ET

2.3- Vécu pendant ou immédiatement après l'ET

2.4- Episode dissociatif au moment de l'ET

2.5- la durée subjective de l'ET

2.6- Atteinte physique lors de l'ET

2.7- Localisation de l'atteinte physique lors de l'ET

3- Les données post-traumatiques des patients

3.1- Motif de consultation

3.2- Durée du temps de latence

3.3- Soutien social perçu

3.4- Conduite tenue à la première consultation

3.5- L'évolution durant une année de PEC

3.6- La décision médico-militaire

1- Les données pré traumatiques des patients et des témoins

1.1- Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

1.1.1- Le sexe :

Sexe	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Hommes	120	100	120	100
Total	120	100%	120	100%

Tableau1-Répartition en fonction du sexe à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

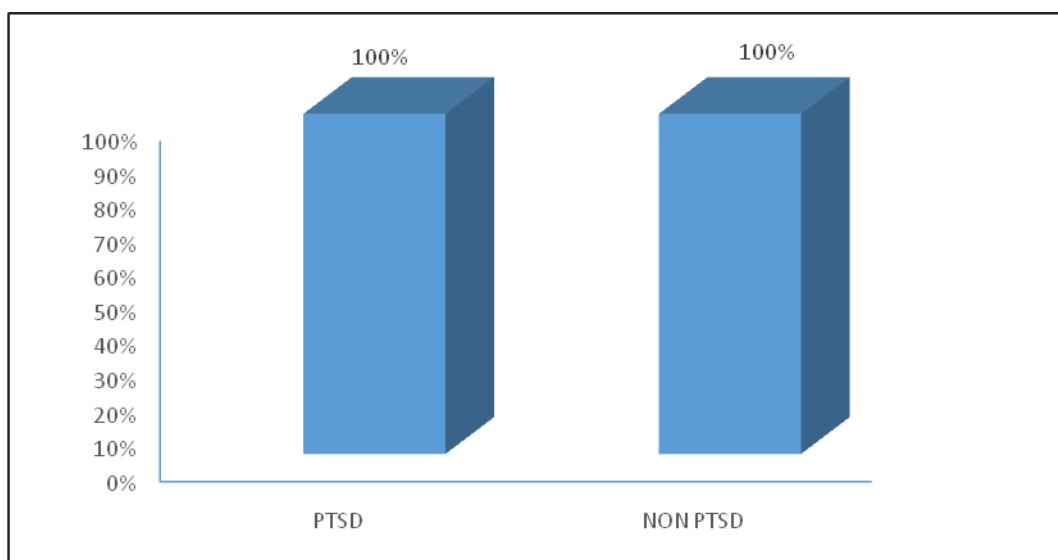


Figure1- Répartition en fonction du sexe à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Nous constatons clairement l'exclusivité de la représentation masculine dans notre population d'étude. La participation féminine est absente durant notre période d'étude.

1.1.2- L'âge :

Age	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
20	1	0,83	2	1,67
21	5	4,17	1	0,83
22	5	4,17	5	4,17
23	5	4,17	5	4,17
24	3	2,50	6	5,00
25	7	5,83	5	4,17
26	6	5	6	5,00
27	7	5,83	6	5,00
28	8	6,67	6	5,00
29	8	6,67	5	4,17
30	10	8,33	15	12,50
31	10	8,33	9	7,50
32	10	8,33	11	9,17
33	11	9,17	7	5,83
34	6	5	10	8,33
35	3	2,50	5	4,17
36	3	2,50	4	3,33
37	3	2,50	0	0
38	2	1,67	4	3,33
39	2	1,67	3	2,50

40	0	0	2	1,67
41	2	1,67	0	0
43	2	1,67	2	1,67
44	1	0,83	1	0,83
Total	120	100 %	120	100 %

Tableau 2-Répartition en fonction de l'âge à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

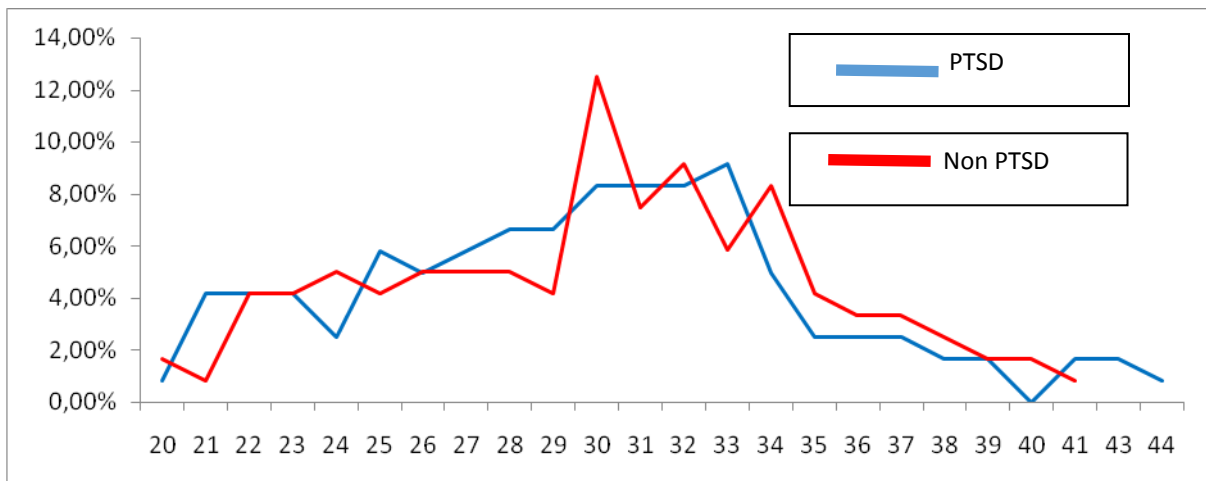


Figure2-Répartition en fonction de l'âge à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

On note une nette superposition des deux courbes d'âge, témoignant d'une meilleure sélection des témoins par rapport aux cas.

La majorité de nos patients ont un âge inférieur à 35 ans pour les personnes ayant développé un PTSD, ainsi que pour les témoins, avec un âge minimum de 20 ans et un maximum de 44 ans.

L'âge moyen calculé est de 29,87 ans, avec un écart type de 5,17.

1.1.3- La tranche d'âge :

	PTSD		NON PTSD	
	Effectif	%	Effectif	Pourcentage
20 - 24 ans	26	21,67	24	20,01
26 - 30 ans	39	32,50	38	31,67
31 - 35 ans	40	33,33	42	35,00
36 - 40 ans	10	8,34	13	10,83
41 - 44 ans	05	4,17	03	2,5
Total	120	100%	120	100%

Tableau3-Répartition en fonction de la tranche d'âge à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

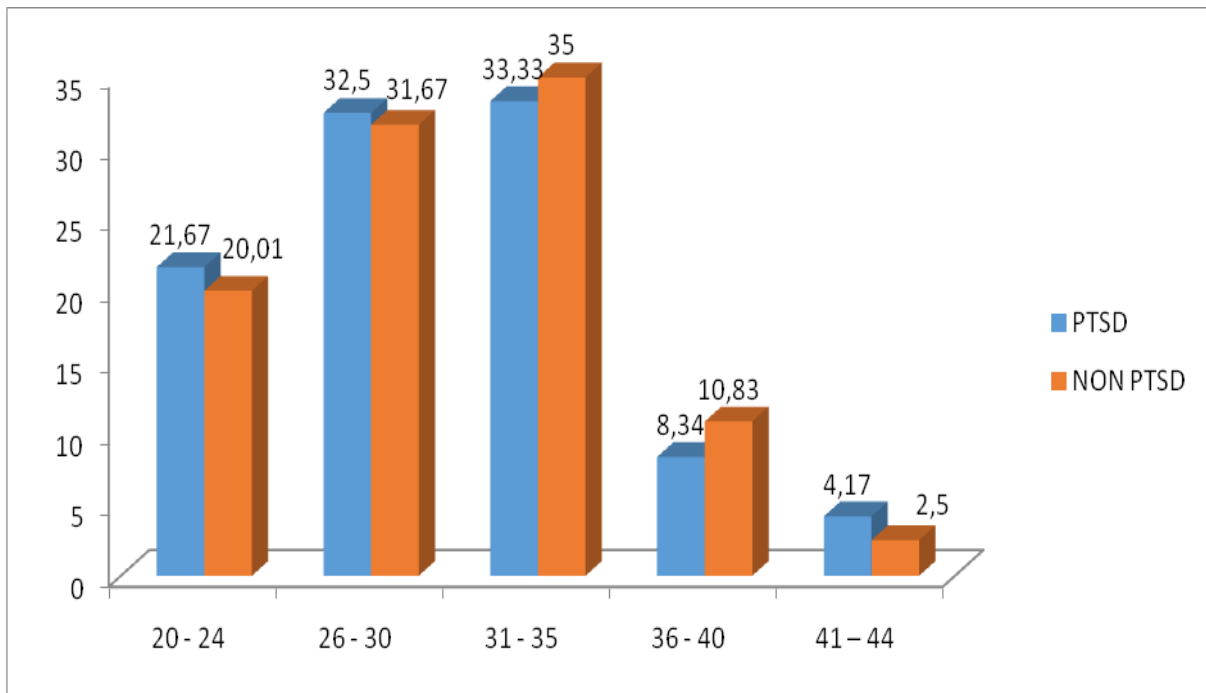


Figure3-Répartition en fonction de la tranche d'âge à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Dans le diagramme ci-dessus nous constatons que la tranche d'âge la plus concernée par l'atteinte psychotraumatique se situe entre 31 et 35 ans, représentant un tiers des patients, suivi par la tranche d'âge de 26 à 30 ans avec 32,5%, et la même constatation s'applique sur les témoins.

1.1.4- Statut conjugal :

Statut conjugal	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Célibataire	74	61,67	68	56,67
Marié	44	36,67	52	43,33
Divorcé	1	0,83	0	0
Veuf	1	0,83	0	0
Total	120	100%	120	100%

Tableau 4- Répartition selon le statut conjugal à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

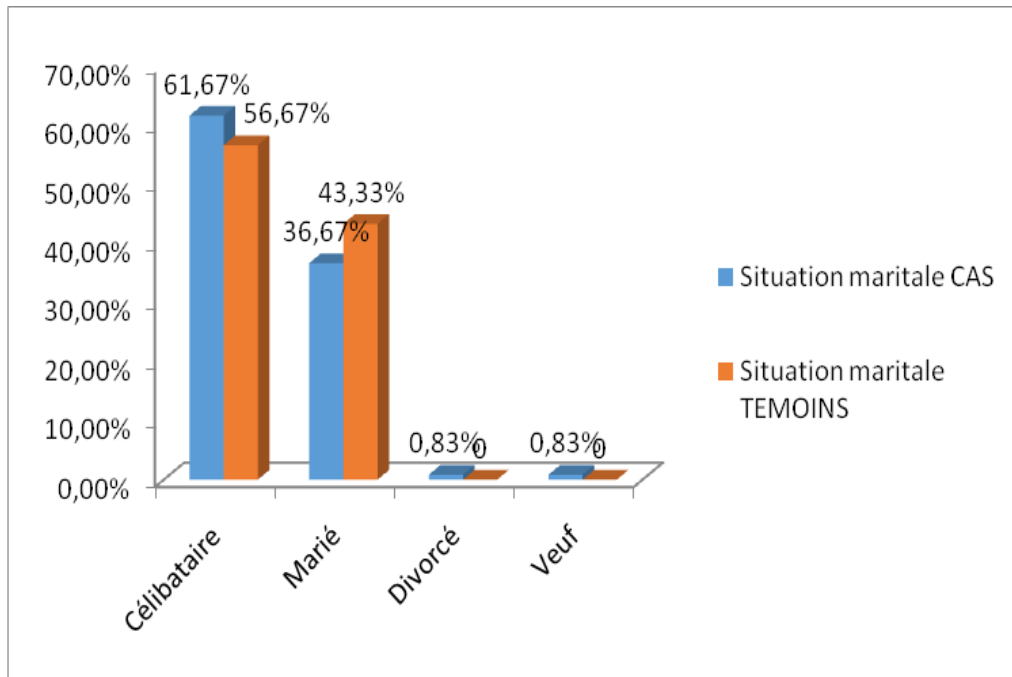


Figure 4- Répartition selon le statut conjugal à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Nous constatons que près des deux tiers des patients étaient célibataires, alors que plus d'un tiers étaient mariés.

Un patient divorcé et un autre veuf, par ailleurs, pour les témoins plus de la moitié étaient célibataires, aucun témoin n'est veuf ou divorcé.

1.1.5- Nombre d'enfants :

Nombre d'enfants	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Pas d'enfant	8	17,39	7	13,46
1 à 2	25	54,35	32	61,54
3 à 4	11	23,91	12	23,08
Supérieur à 4	2	4,35	1	1,92%
Total	46	100%	52	100%

Tableau 5- Répartition selon le statut parental à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

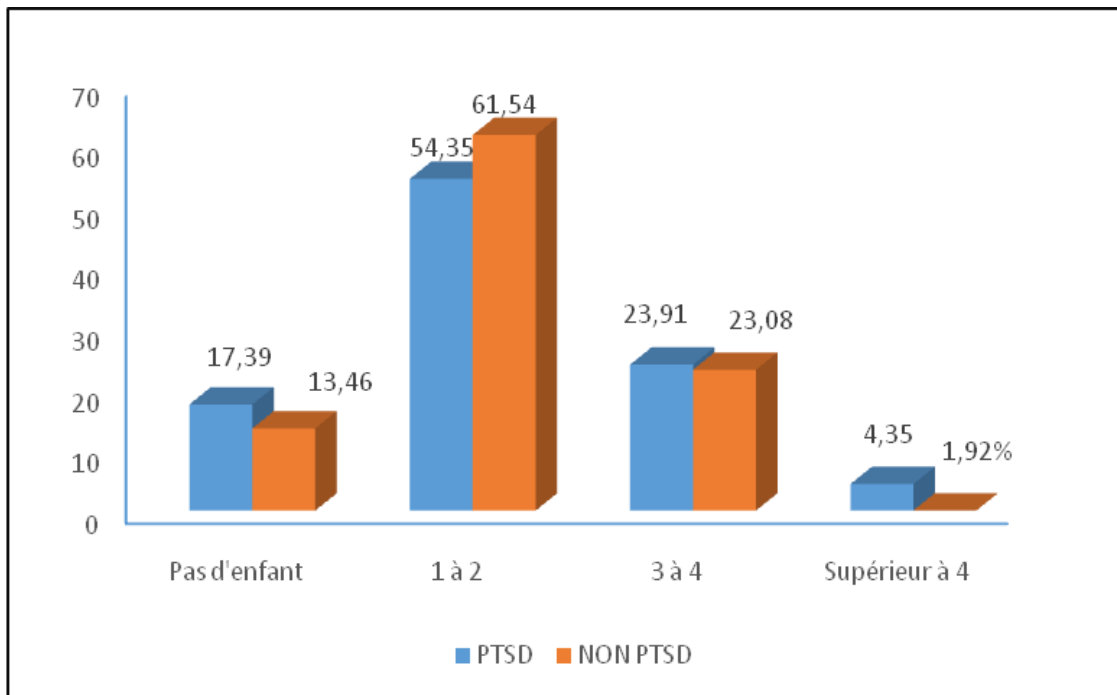


Figure 5- Répartition selon le statut parental à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Plus de la moitié des patients mariés ont 1 à 2 enfants, suivis par ceux ayant 3 à 4 enfants avec près de 24%. Alors que 17,4% n'ont pas d'enfants.

La même répartition a été constaté chez les témoins avec une proportion qui s'élevé à 61,5% ont 1 à 2 enfants, 23% ont 3 à 4 enfants et 13% sans enfants.

1.1.6- Perte des Parents :

Perte des parents	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Non	97	80,83%	100	83,33%
01Parent	16	13,33%	15	12,50%
02 Parent	07	5,83%	05	4,17%
Total	120	100%	120	100%

Tableau 6 - Répartition selon la perte des parents à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

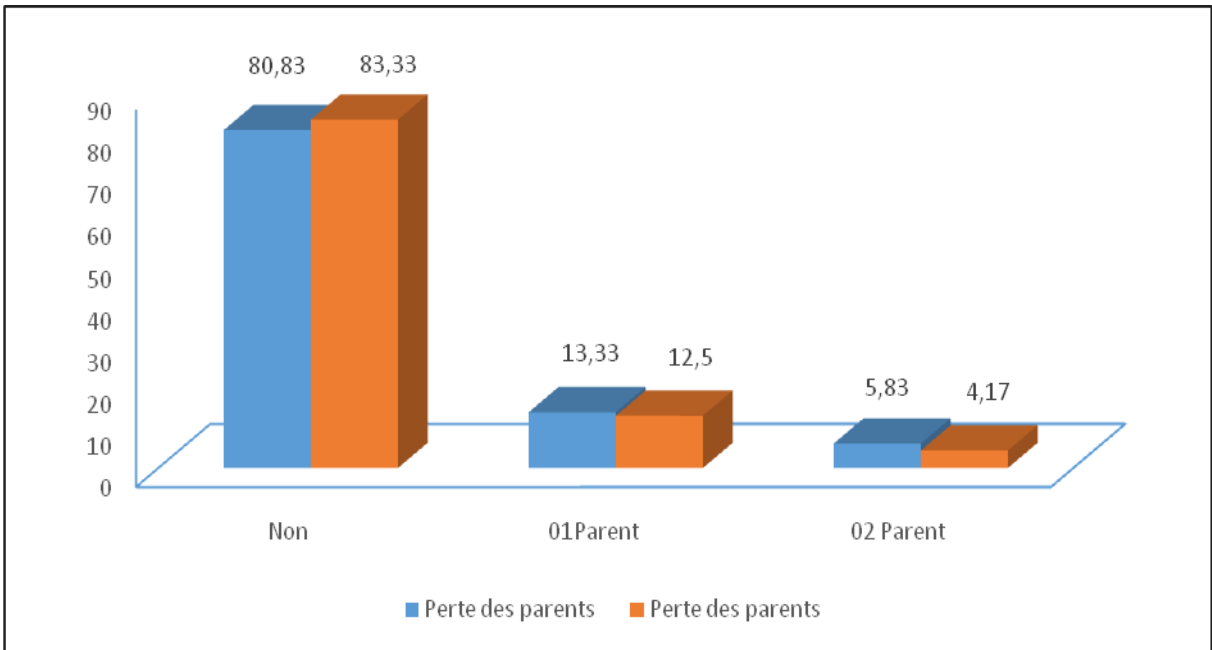


Figure 6-Répartition selon la perte des parents à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Pour ce qui est de la situation familiale, la majorité des cas et des témoins avaient les deux parents encore en vie, avec un pourcentage de 80%.

1.1.7- Nombre de Fratrie :

Nombre de Fratrie	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
1	3	2,50	2	1,67
2	1	0,83	1	0,83
3	5	4,17	0	0
4	10	8,33	12	10
5	24	20	23	19,17
6	15	12,5	18	15
7	26	21,67	26	21,67
8	20	16,67	19	15,83
9	5	4,17	14	11,67
10	3	2,50	3	2,50
11	3	2,50	1	0,83
12	3	2,50	1	0,83
13	2	1,67	0	0
Total	120	100%	120	100%

Tableau 7 - Répartition selon le nombre de fratrie à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

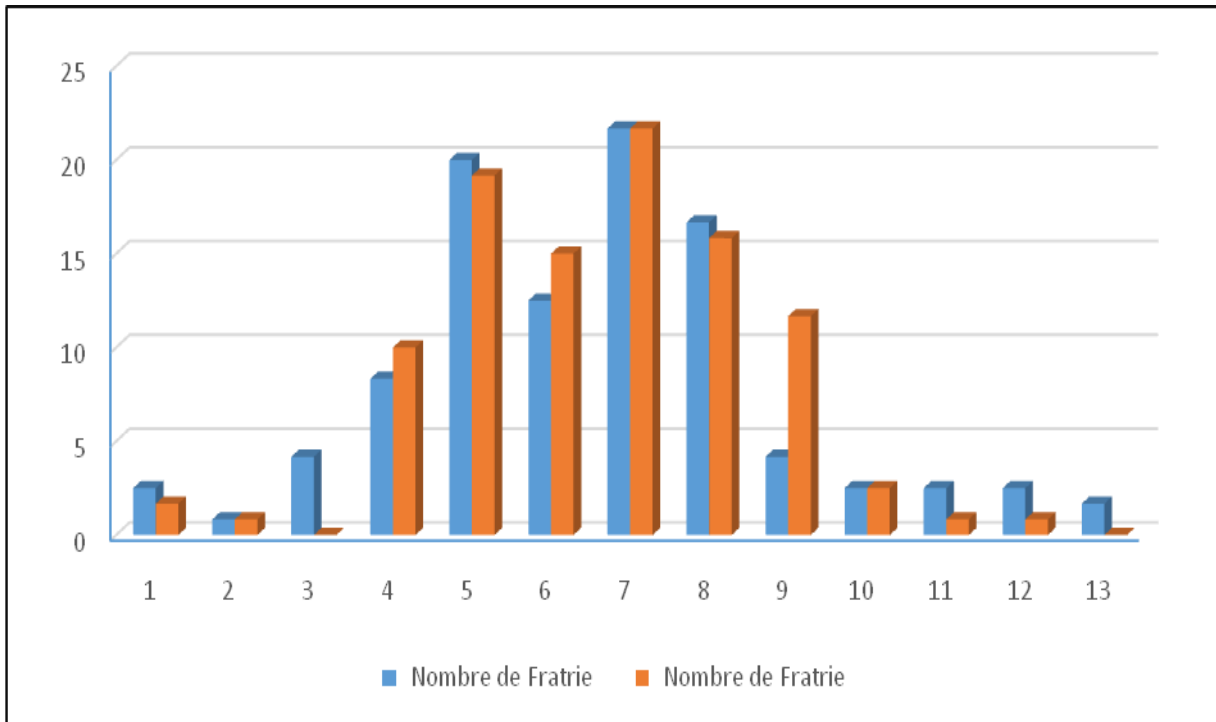


Figure. 7 - Répartition selon le nombre de fratrie à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Dans l'échantillon de notre étude, on constate que plus de la moitié ont une fratrie de 5 à 8, aussi bien pour les patients que pour les témoins.

1.1.8- Le rang dans la fratrie :

Rang dans la fratrie	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Ainé	28	23,33	34	28,33
Cadet	72	60	75	62,5
Benjamin	20	16,66	11	9,16
Total	120	100%	120	100%

Tableau 8 - Répartition selon le rang dans la fratrie à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

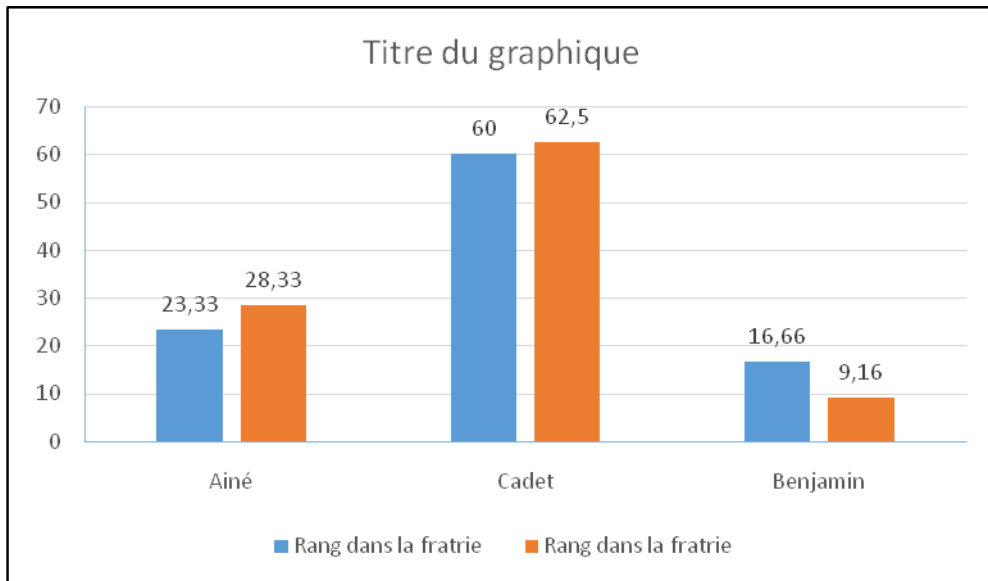


Figure 8 -Répartition selon le rang dans la fratrie à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Concernant le rang dans la fratrie, les cadets de la fratrie sont les plus nombreux dans notre échantillon, aussi bien chez les patients que chez les témoins, représentant respectivement 60 et 62,5% du nombre total, tandis que les frères aînés totalisent 23% des patients et 29% des témoins.

Les benjamins se trouvent en fin de classement avec une proportion de près de 17% des patients et 9% des témoins.

1.1.9- Niveau d'instruction :

niveau d'instruction	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Primaire	1	0,83	2	1,67
Moyen	52	43,33	55	45,83
Secondaire	51	42,50	52	43,33
Supérieur	16	13,33	11	9,17
Total	120	100%	120	100

Tableau 9 - Répartition selon le niveau d'instruction à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

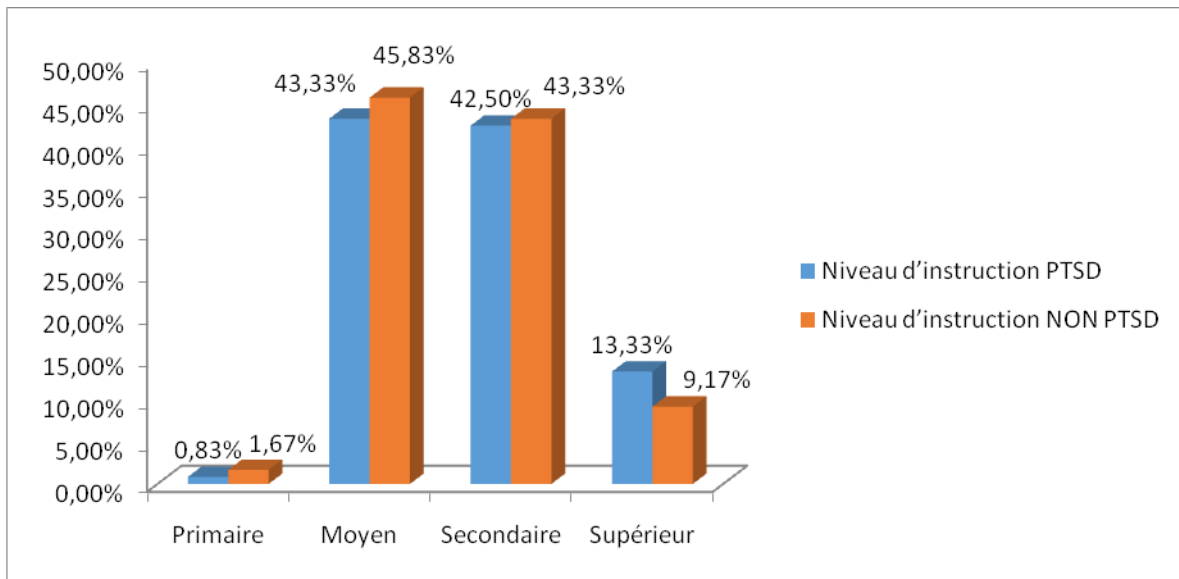


Figure9 - Répartition selon le niveau d'instruction à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Tel qu'on peut constater, la majorité des sujets est d'un niveau scolaire moyen et secondaire, soit respectivement 86% et 89%, pour les cas et pour les témoins. Cette catégorie est représentée par les hommes de troupe et les sous-officiers. Alors que seulement 13 % ont fait des études supérieures pour les cas et 9% pour les témoins.

1.1.10- Le Statut Militaire :

Statut militaire	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Actif	20	16,67	22	18,33
Contractuel	100	83,33	98	81,67
Total	120	100	120	100

Tableau10 - Répartition selon le statut militaire à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

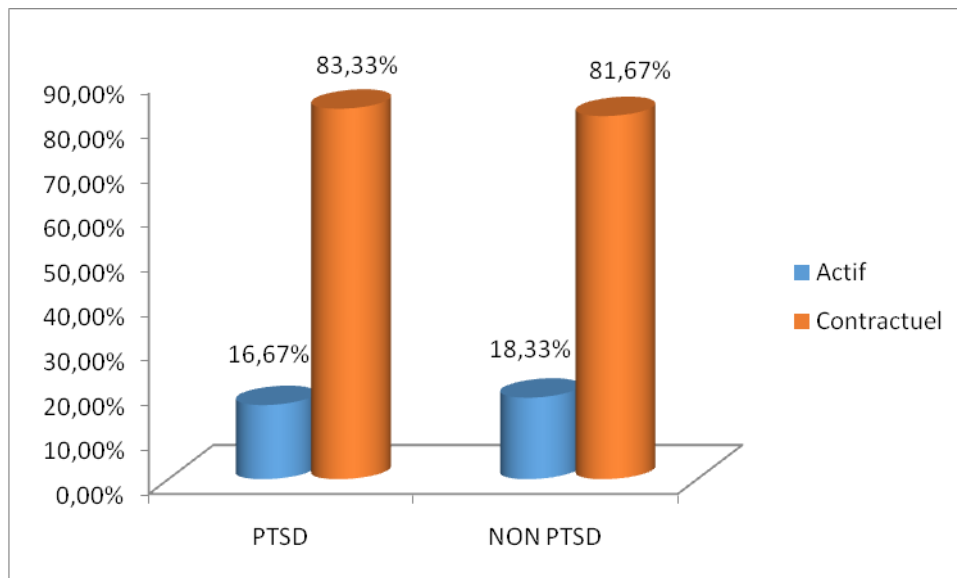


Figure10 - Répartition selon le statut militaire à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Elaborée selon le critère «Statut militaire» l'analyse montre que plus des trois quarts des militaires concernés sont des contractuels (83% des cas et 82% des témoins), alors que les militaires d'active sont représentés respectivement par 17 et 18% pour les cas et les témoins.

1.1.11- la catégorie de grade :

La catégorie de grade	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Homme de troupe	79	65,83	79	65,83
Sous-officier	32	26,67	32	26,67
Officier	9	7,50	9	7,50
Total	120	100%	120	100%

Tableau 11- Répartition selon la catégorie de grade à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

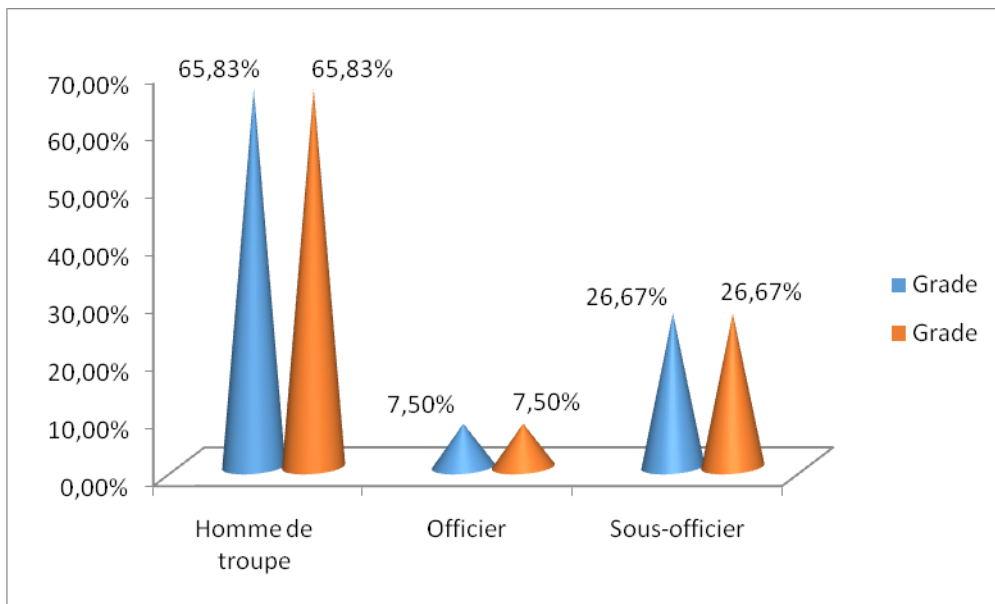


Figure 11 - Répartition selon la catégorie de grade à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Selon la catégorie de « grade », on retrouve près des deux tiers des patients sont des hommes de troupe (HDT), 27% des cas sont des sous-officiers et 7,5% seulement des officiers.

Pour les témoins, nous constatons les mêmes proportions du fait que parmi les critères d'inclusions des témoins c'est les militaires du même statut sociodémographique et professionnel que les patients (ayant le même grade militaire).

1.1.12- Catégorie de l'unité :

Catégorie de l'unité	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Opérationnelle	112	93,33	117	97,50
Non opérationnelle	8	6,67	3	2,50
Total	120	100%	120	100%

Tableau 12 - Répartition selon la catégorie d'unité à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

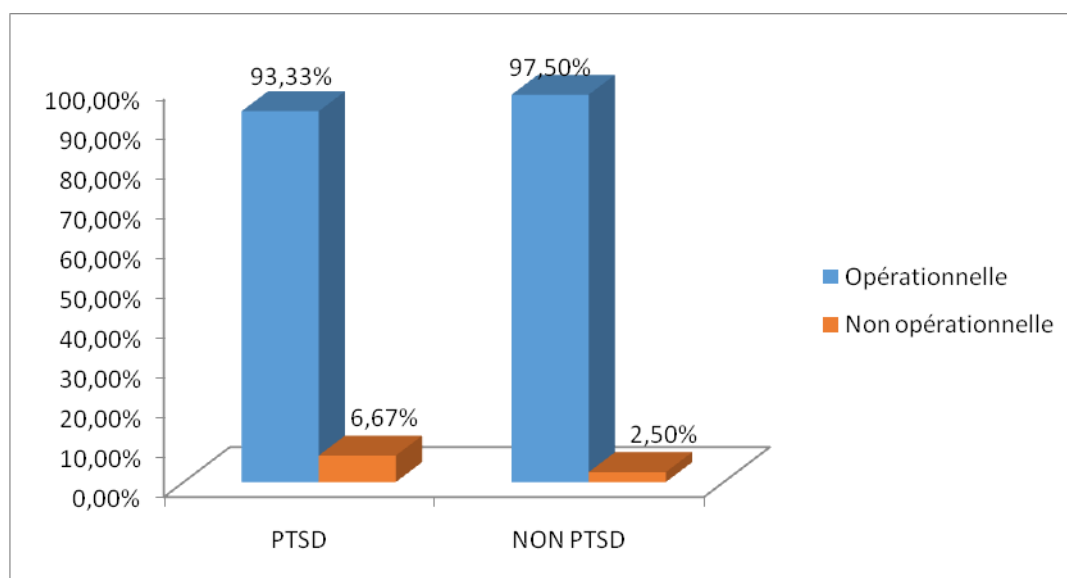


Figure12- Répartition selon la catégorie d'unité à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Le diagramme élaboré sur la base du critère «catégorie d'unité» montre clairement que la majorité des patients et des témoins appartiennent à une unité opérationnelle, soit 93% chez les patients et 97,5% chez les témoins.

1.1.13- Années de service :

Années de Service	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
1 - 7	42	35,00	39	32,5
8 - 15	67	55,83	64	53,33
16 - 25	11	9,17	17	14,16
Total	120	100%	120	100%

Tableau 13 - Répartition selon les années de service à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

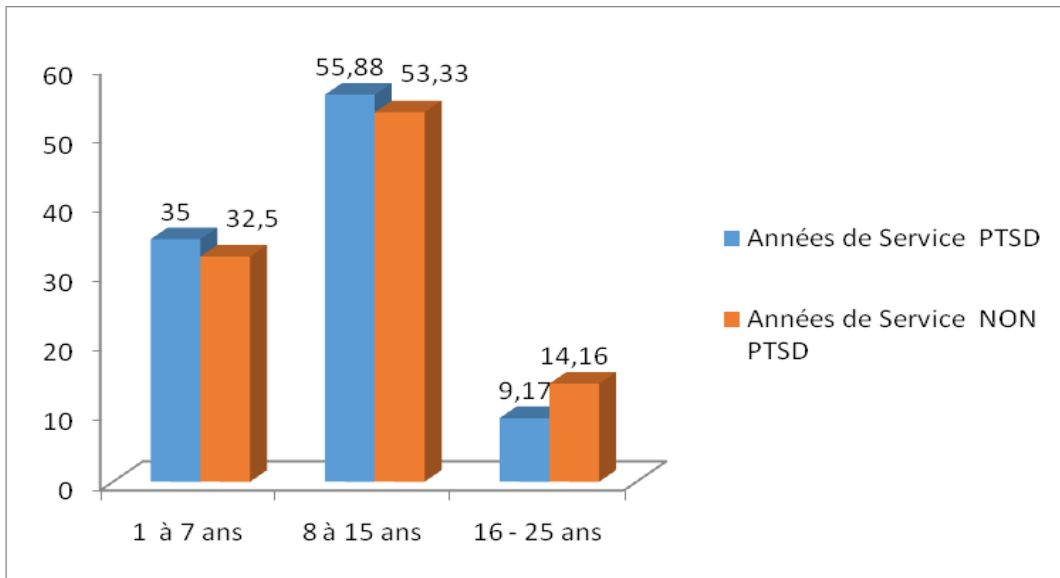


Figure 13-- Répartition selon les années de service à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

La durée de service dans notre échantillon s'étend de 1 à 25 ans, plus de la moitié des patients et des témoins ont une durée de service de 8 à 15 ans, suivi par la durée de 1 à 7 ans qui représente 35% chez les patients et 32,5% chez les témoins. Par ailleurs on retrouve une proportion de 9% des patients qui totalisent plus de 16 ans de service armé et 14% pour les témoins.

1.2- Les antécédents :

1.2.1- ATCD psychiatriques personnels :

ATCD Psychiatriques Personnels	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
OUI	4	3,33	0	0
NON	116	96,67	120	100
Total	120	100%	120	100%

Tableau 14 - Répartition selon les ATCD psychiatriques personnels à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

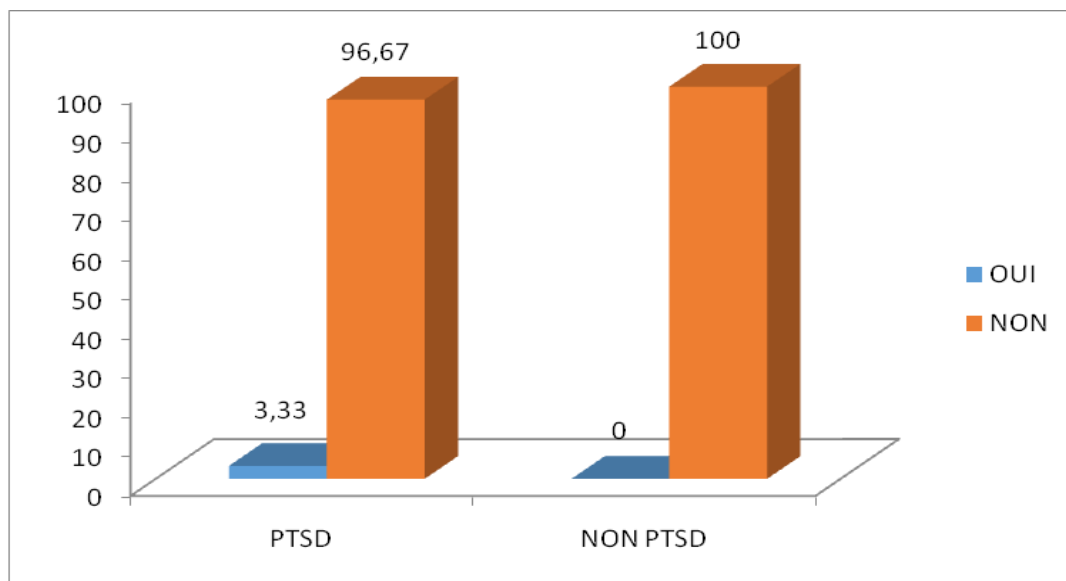


Figure 14-Répartition selon les ATCD psychiatriques personnels à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Une notion de suivi psychologique (psychiatre, Psychologue.) était rapportée dans 3 % des cas (N-4), ce suivi était effectué en milieu hospitalier et en libéral. Près de 97 % des patients n'ont pas d'antécédents personnels psychiatriques.

Un suivi ou une prise en charge psychiatrique était rapporté sans que ne soit précisée la pathologie psychiatrique.

Pour les témoins aucune notion de suivi en psychiatrie n'a été signalée.

1.2.2- ATCD Familiaux de consultation en psychiatrie :

ATCD Familiaux de consultation en psychiatrie	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Oui	37	30,83	10	8,33
Non	83	69,17	110	91,67
Total	120	100%	120	100%

Tableau 15 - Répartition selon les ATCD Familiaux de consultation en psychiatrie à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

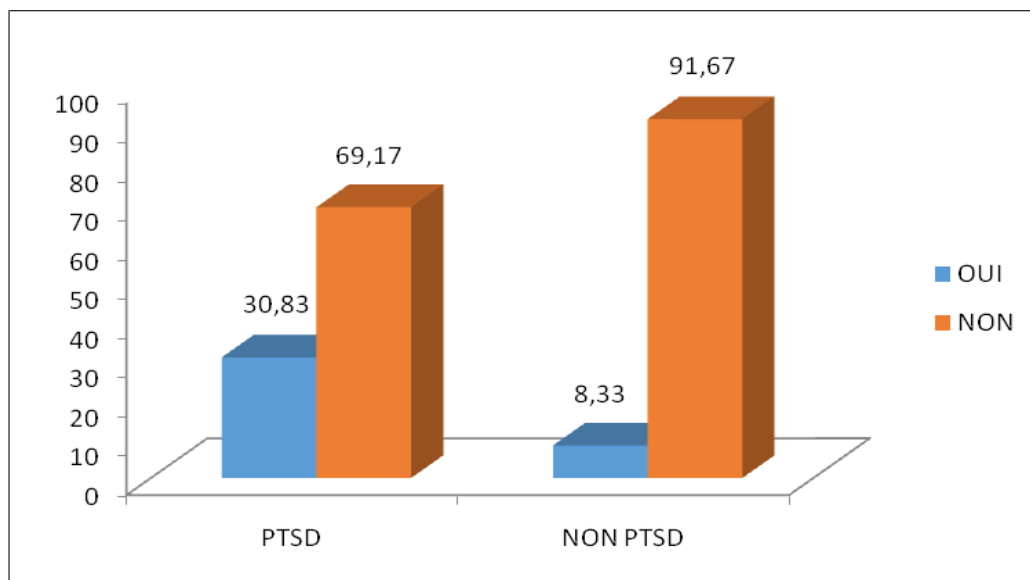


Figure 15 - Répartition selon les ATCD Familiaux de consultation en psychiatrie à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Dans près de 31 % des cas, les patients avaient un antécédent familial de consultation psychiatrique, tandis que chez les témoins nous constatons une pauvreté marquée des antécédents familiaux de consultation en psychiatrie avec seulement 10% de notre échantillon témoin.

1.2.3- ATCD Familiaux d'hospitalisation en psychiatrie :

ATCD familiaux d'hospitalisation en psychiatrie	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Oui	33	27,50	9	7,50
Non	87	72,50	111	92,50
Total	120	100%	120	100%

Tableau 16 - Répartition selon les ATCD Familiaux d'hospitalisation en psychiatrie à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

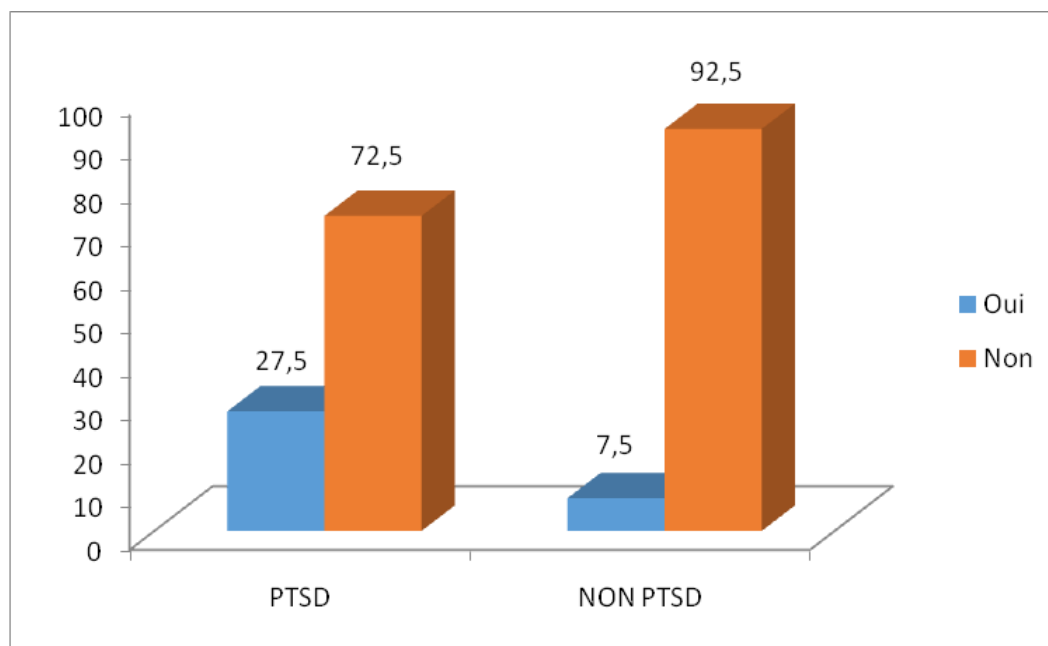


Figure 16-Répartition selon les ATCD familiaux d'hospitalisation en psychiatrie à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Nous constatons que la proportion des ATCD Familiaux d'hospitalisation en psychiatrie est plus élevée chez les patients par rapport aux témoins ; elle est à 27,5% chez les patients, versus 7,5% dans l'échantillon témoin.

1.2.4- ATCD personnels toxiques :

Usage de substances	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Oui	27	22,50	13	10,1
non	93	77,50	107	89,17
Total	120	100%	120	100%

Tableau17 - Répartition selon les ATCD personnels toxiques à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

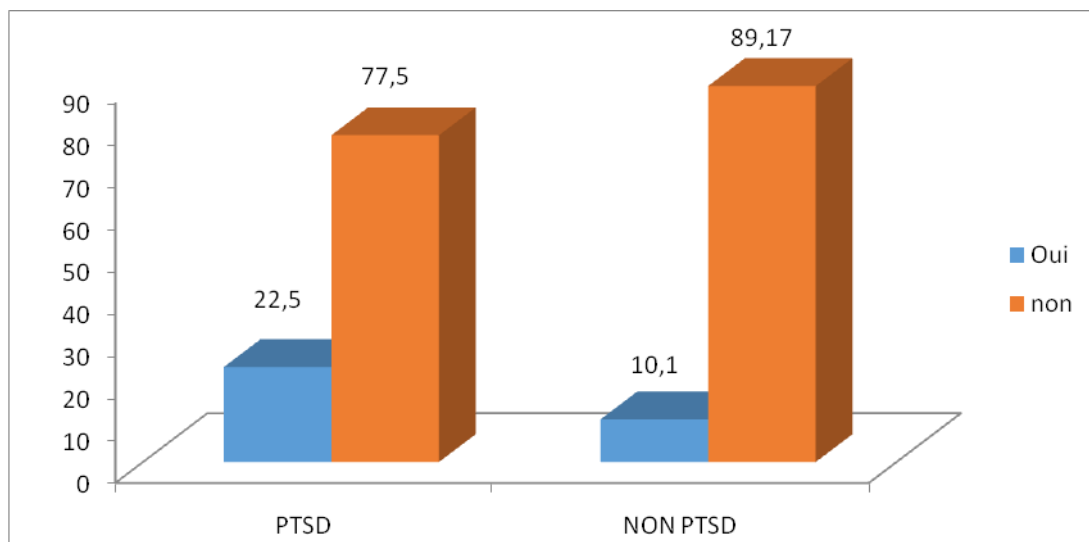


Figure 17-Répartition selon les ATCD Personnels Toxiques à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

L'usage de substances est absent dans 77,5 % des cas chez les patients, versus 89% des témoins.

22,5 % des patients ont déjà consommé une substance illicite, alors que chez les témoins il y a 10%.

1.2.5- Répartition selon la nature de la substance :

Substance toxique	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Cannabis	10	8,33	1	0,33
Alcool	21	17,50	13	10,83
Psychotropes	00	00	00	00

Tableau 18 -Répartition selon la nature de la substance à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

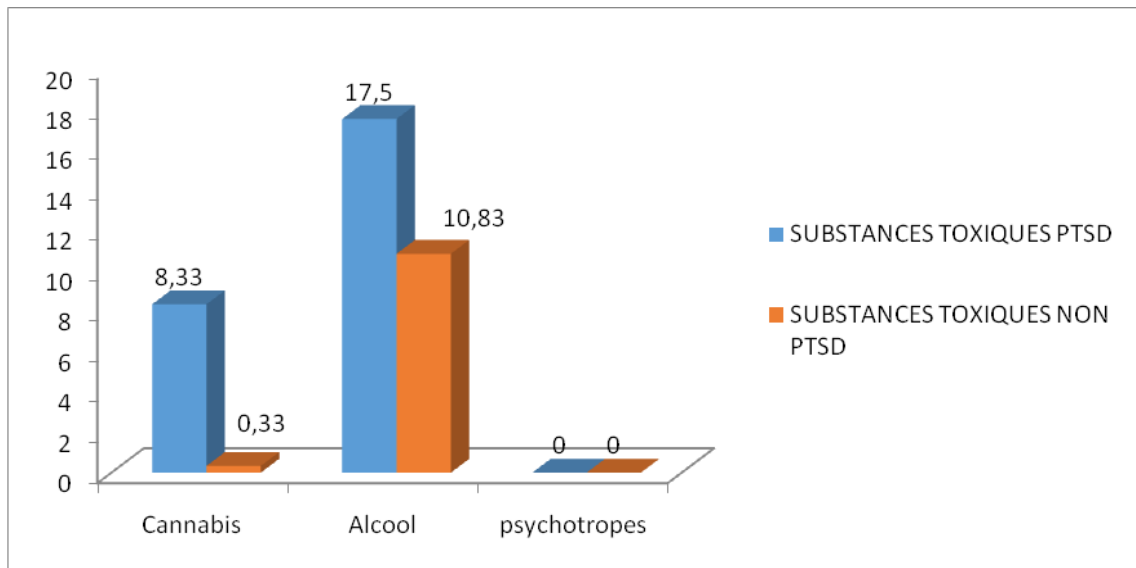


Figure18 - Répartition selon la nature de la substance à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Selon la nature de la substance, 17,5 % des patients ont consommé des boissons alcoolisées et 8 % avaient une appétence au cannabis.

1.2.6- Modalité de prise toxique :

Modalité de prise Toxique	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Occasionnel	20	74	12	92,3
Abus	3	11,11	1	7,7
Dépendance	4	14,81	0	00
Total	27	100%	13	100%

Tableau 19 - Répartition selon les modalités de prise toxique à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

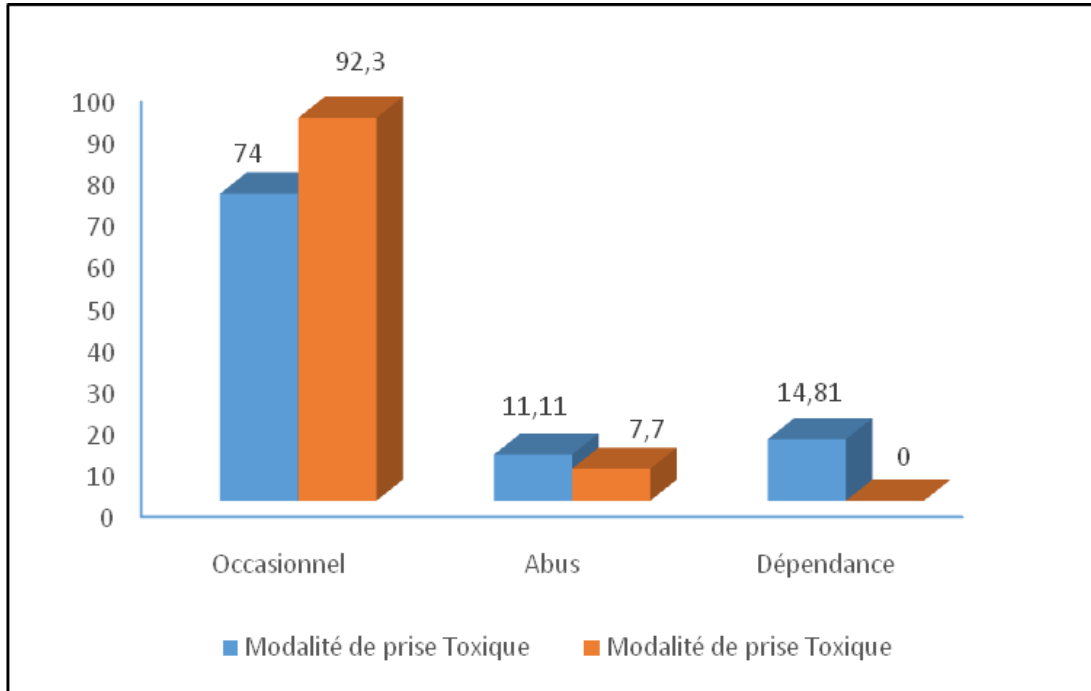


Figure 19 - Répartition selon les modalités de prise toxique à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Chez les patients consommateurs de substances, le mode d'usage est réparti comme suit :

74 % avaient un usage occasionnel, 15 % étaient dépendants et 11% % avaient un abus. Alors que chez les témoins on note une forte proportion de consommation occasionnelle.

1.2.7- ATCD d'événement traumatique à l'enfance :

ATCD d'événement Traumatique à l'enfance	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Oui	59	49,17	7	5,83
Non	61	50,83	113	94,17
Total	120	100%	120	100%

Tableau 20- Répartition selon les ATCD d'événement Traumatique à l'enfance à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

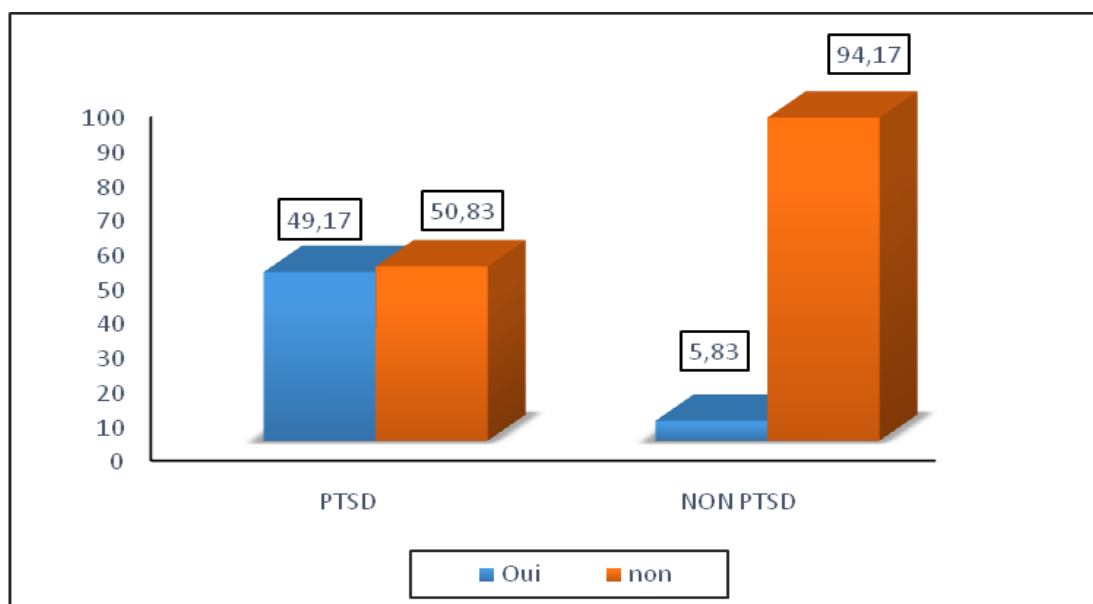


Figure 20 -Répartition selon les ATCD d'événement Traumatique à l'enfance à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Nous constatons que la notion d'événement traumatique durant l'enfance a été rapportée par la moitié des patients, tandis que chez les témoins elle est représentée par une très faible proportion (6% des cas).

1.2.8- ATCD d'événements traumatiques durant l'année écoulée :

ATCD d'événements traumatiques durant l'année écoulée	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Oui	83	69,16	47	39,17
Non	37	30,83	73	60,83
Total	120	100%	120	100%

Tableau 21- Répartition selon les ATCD d'événement Traumatique durant l'année écoulée à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

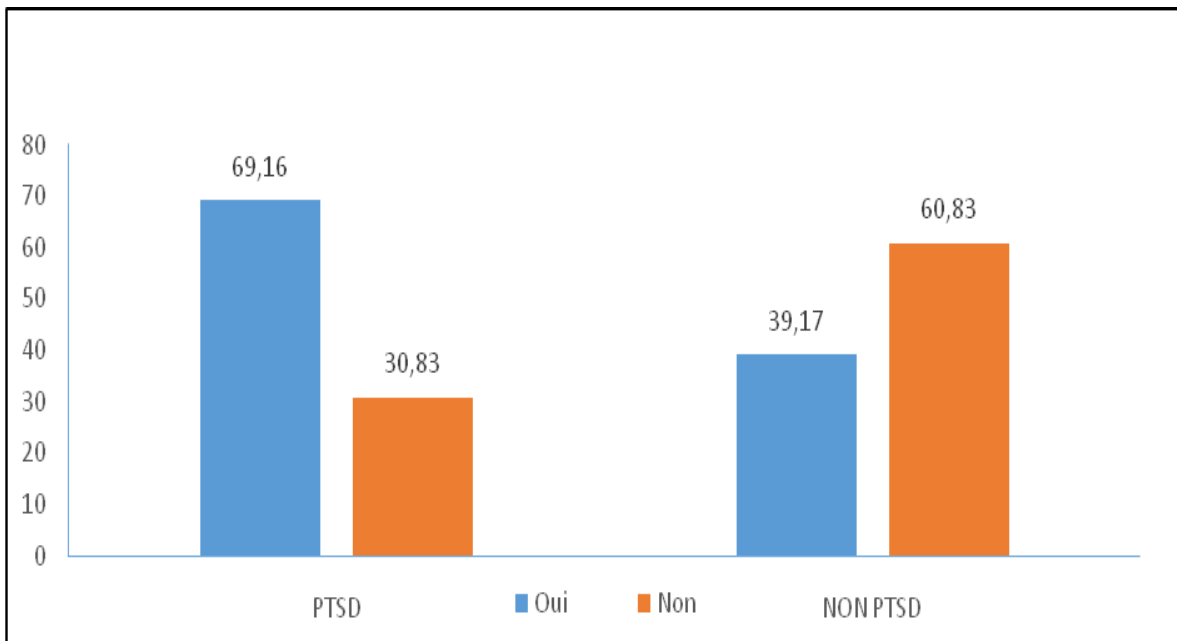


Figure 21-Répartition selon les ATCD d'événement Traumatique durant l'année écoulée à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC

La notion d'événement traumatique durant l'année écoulée a été rapportée chez plus des deux tiers des patients (69% des cas), alors que chez les témoins elle représente 39% de l'échantillon.

1.3- Trouble de la personnalité :

1.3.1- La présence de trouble de la personnalité :

Trouble de la personnalité	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Oui	68	56,67	5	4,17
Non	52	43,33	115	95,83
Total	120	100%	120	100%

Tableau 22 - Répartition selon la présence ou non de troubles de la personnalité à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

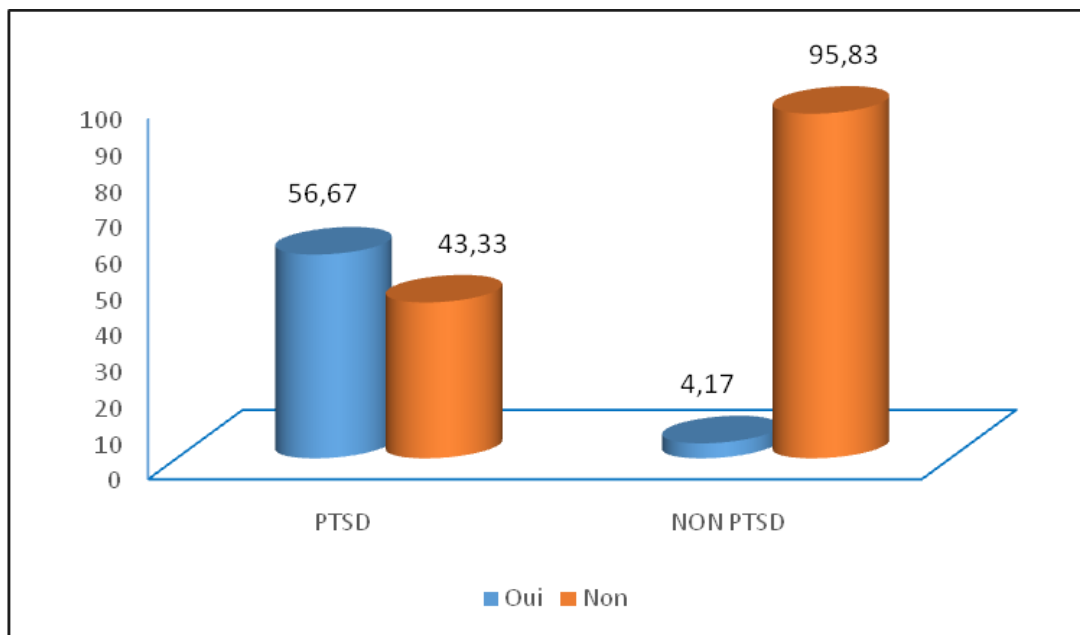


Figure 22 -Répartition selon la présence ou non de troubles de la personnalité à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Lors de la répartition selon la présence ou non d'un trouble de la personnalité associé telle que décrite dans le DSM-IV-TR nous remarquons que plus de la moitié des patients soit près de 56% présente un trouble de la personnalité. Alors que chez les témoins on retrouve une très faible proportion soit 4% seulement.

1.3.2- Répartition selon le type de personnalité pathologique :

Type de personnalité	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Obsessionnelle	37	54,41	01	20
Histrionique	16	23,52	02	40
Dépendante	08	11,76	01	20
Évitante	04	5,88	01	20
Borderline	03	4,41	00	00
Total	68	100%	05	100%

Tableau 23- Répartition selon le type de personnalité pathologique à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

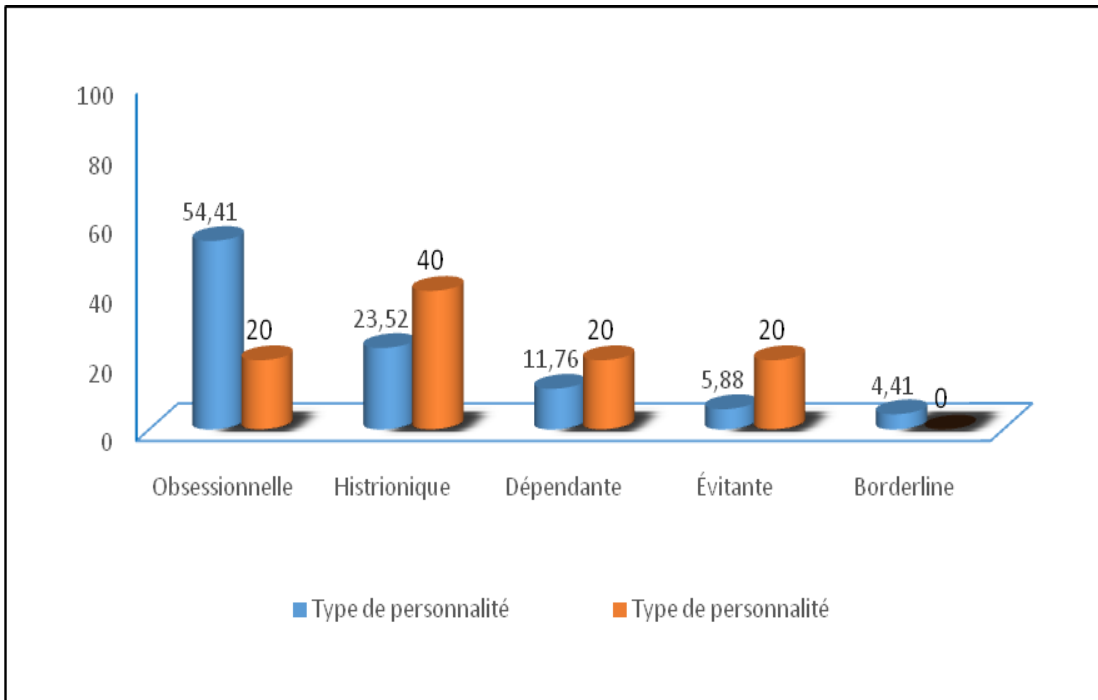


Figure 23- Répartition selon le type de personnalité pathologique à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Sur les 68 patients présentant une pathologie de la personnalité telle que décrite dans le DSM-IV-TR, nous retrouvons en première position la personnalité obsessionnelle dans plus de la moitié des cas, en deuxième position nous avons retrouvé la personnalité histrionique avec un pourcentage de 23,5%, la personnalité dépendante a été retrouvée dans 12% des cas. La personnalité évitante a été retrouvée chez 04 patients et borderline dans 03 cas.

2- Les données péritraumatiques des patients et des témoins :

2.1- Nature de l'événement traumatique :

Nature de l'événement traumatique	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Explosion d'une bombe	66	55	66	55
Arme à Feu	42	35	42	35
Accident de la circulation	12	10	12	10
Total	120	100%	120	100%

Tableau 24 - Répartition selon la nature de l'événement traumatique à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC. .

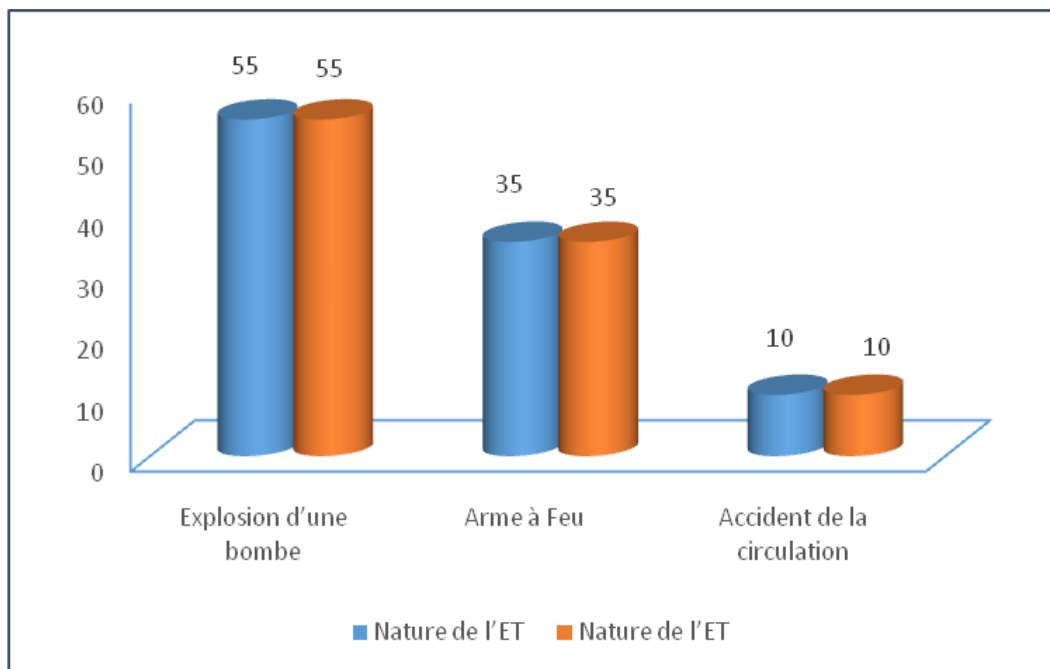


Figure 24-Répartition selon la nature de l'événement traumatique à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Plus de la moitié des patients soit 55% ont été traumatisés suite à l'explosion d'une bombe au combat dans le cadre de la lutte anti-terroriste, 35% à la suite d'un traumatisme par arme à feu lors d'un accrochage terroriste et 10% à la suite d'un accident de la circulation.

On constate une totale superposition des deux graphes des patients et des témoins, du fait que les critères d'inclusions des témoins ont été les militaires du même statut sociodémographique et professionnel que les patients, ayant vécu le même événement traumatique.

2.2- Caractéristiques de l'événement traumatique :

Caractéristiques de l'ET	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Menace de mort	95	79,16	80	66,66
Témoin de la mort	76	63,33	38	31,66
Blessure grave	12	10	8	6,66
Menace de blessure grave	45	37,5	28	23,33

Tableau 25 - Répartition selon les caractéristiques de l'événement traumatique à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

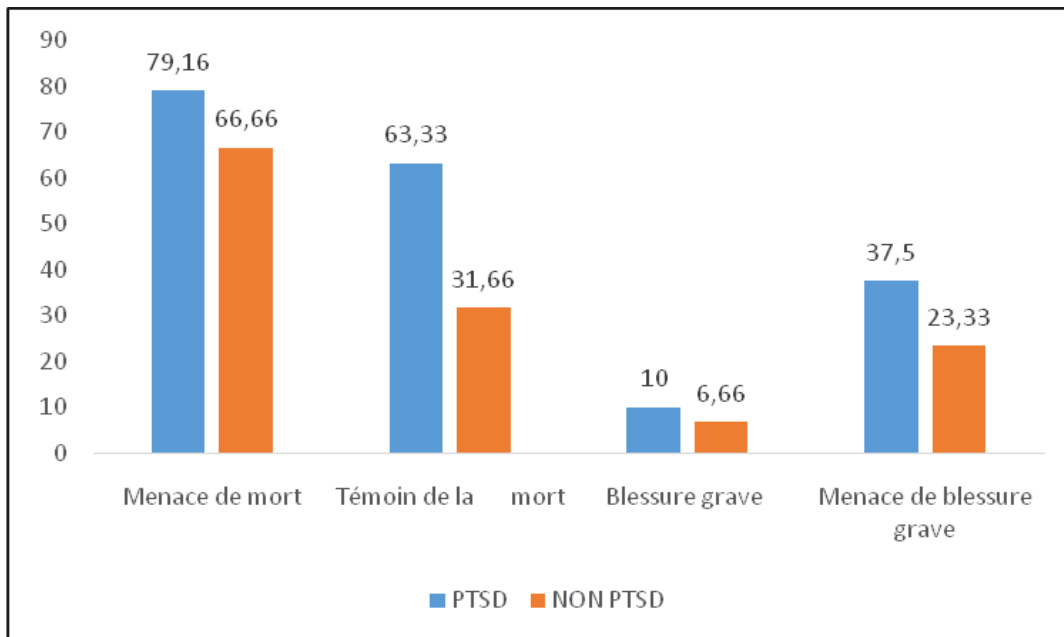


Figure 25- Répartition selon les caractéristiques de l'événement traumatique à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Près de deux tiers des ET vécus par les patients (79%) comprend une menace pour la vie de l'intéressé ou celle d'autrui, alors que chez les témoins on retrouve 66,5% des cas.

La notion d'être témoin de la mort a été rapporté dans 63% par les patients et dans 31,5% par les témoins. La menace de blessure grave a été retrouvée dans 37,5% des cas chez les patients et dans 23% chez les témoins.

La blessure grave fait partie de l'ET vécu par les patients dans 10% des cas et dans 6,5% des cas chez les témoins. Il faut noter que les éléments qui font partie de l'ÉT vécu par les patients et les témoins ne sont pas mutuellement exclusifs.

2.3- Emotions vécues pendant ou immédiatement après l'événement traumatique

Emotions Vécues pendant ou immédiatement après l'ET	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Horreur	111	92,5	56	46,66
Effroi	97	80,83	13	10,83
Impuissance	44	36,66	20	16,66
Culpabilité	39	32,5	25	20,83
Honte	29	24,16	10	8,33
Peur Intense	15	12,5	20	16,66
Colère	07	5,8	30	25

Tableau 26 - Répartition selon les émotions vécues pendant ou immédiatement après l'événement traumatique à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

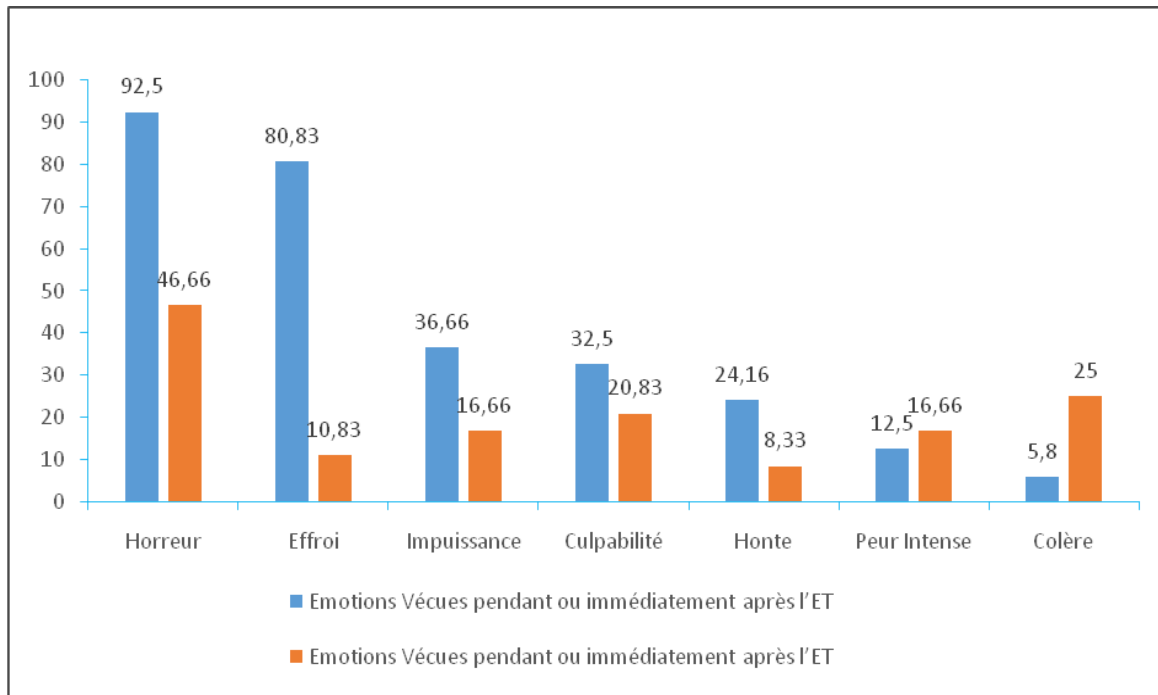


Figure 26 -Répartition selon les émotions vécues pendant ou immédiatement après l'événement traumatique à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Pendant l'entretien, nous avons demandé au participant de relater son expérience de la scène traumatique en se remémorant chaque détail y compris les réactions émotionnelles ressenties sur le moment. On s'inspirant du peritraumatique distress inventory (PDI, inventaire de détresse péritraumatique) traduit et validé en français par Jehel et al. (2005), nous avons pu identifier les sentiments d'impuissance, d'horreur, de la colère, la peur, la culpabilité, la honte, l'impression de perdre le contrôle de ses émotions et le sentiment de mort imminente.

Dans notre étude, 92% des patients rapportent avoir vécu de l'horreur lors de l'exposition à l'ET, suivi par l'effroi avec 81%, le sentiment d'impuissance chez 36,5% % des patients, la culpabilité avec 32,5%, la honte à 24%, la réaction de peur intense pour 12,5 % et 6% de la colère. Par ailleurs chez les témoins le sentiment d'horreur a été mentionné dans près de 47%, suivi par la colère dans 25% des cas, la culpabilité dans 21% des cas, la réaction de peur intense et le sentiment d'impuissance dans 17%, l'effroi dans 11% des cas et le sentiment de honte chez 8% des témoins.

Le pourcentage total d'émotions ressenties est supérieur à 100%, car les participants avaient la possibilité d'énumérer plus d'une émotion.

2.4- La dissociation au moment de l'ET¹ :

Episode dissociatif	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Oui	78	65	09	7,5
Non	42	35	111	92,5
Total	120	100%	120	100%

Tableau 27 - Répartition selon l'existence ou non de dissociation péritraumatique à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC

¹ Événement traumatique

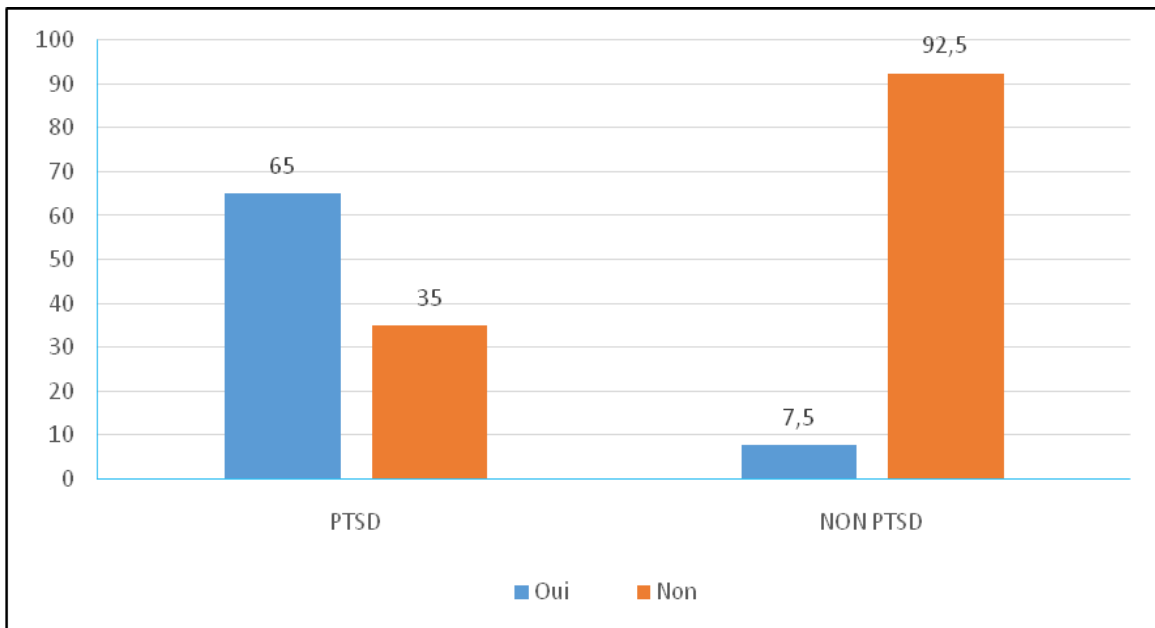


Figure 27 - Répartition selon l'existence ou non de dissociation péritraumatique à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC

Nous constatons que 65% des patients ont présentés des manifestations de dissociation péritraumatique tel que décrite dans le DSM-IV-TR, et dans 35% des cas ces manifestations n'ont pas été signalés. Alors que chez les témoins, 7,5% seulement ont présentés une dissociation péritraumatique et 92,5% n'ont rapportés aucun signe du trouble dissociatif.

2.5- La durée subjective de l'ET :

la durée subjective de l'ET	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Lente	71	59,17	34	28,33
Courte	23	19,17	62	51,67
Non précisée	26	21,67	24	20
Total	120	100%	120	100%

Tableau 28 - Répartition selon la durée subjective de l'ET à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

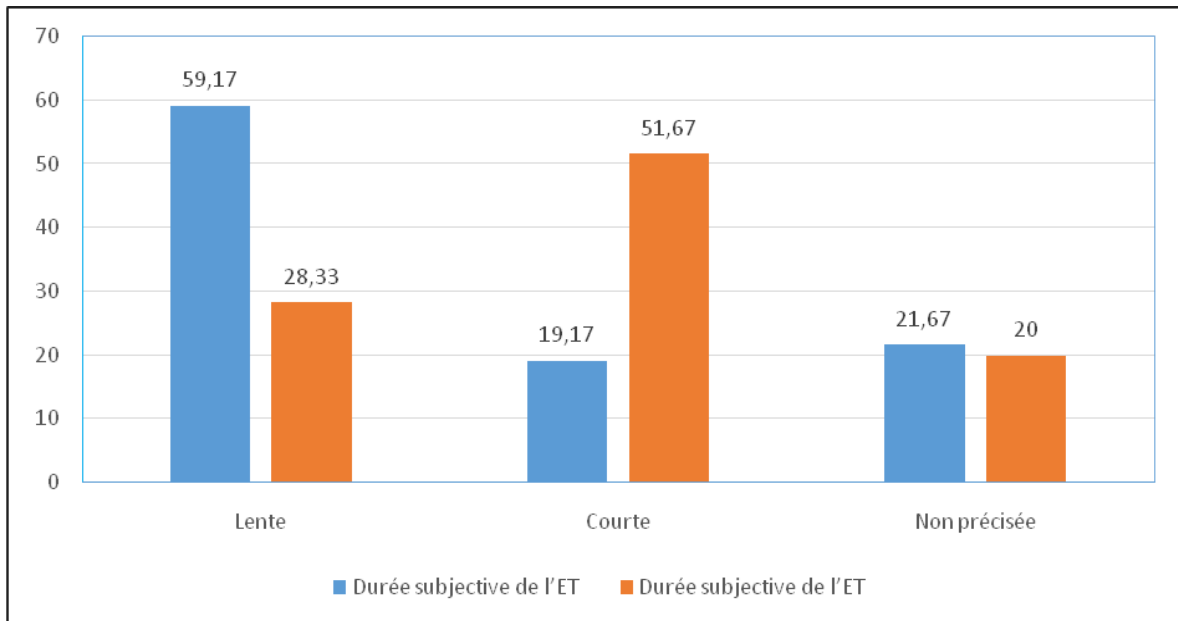


Figure 28 - Répartition selon la durée subjective de l'ET à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Concernant la durée subjective de l'ET, 59% des patients l'ont vécu comme lente pour quiconque, dans 19% des cas courte et pour 21,5% la durée n'a pas pu être précisée. Alors que chez les témoins, pour la moitié de l'effectif la durée était courte, dans 28% lente et dans 20% non précisée.

2.6- Atteinte physique lors de l'ET :

Atteinte physique lors de l'ET	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Oui	62	51,67	12	10
Non	58	48,33	108	90
Total	120	100%	120	100%

Tableau 29 - Répartition selon l'atteinte physique lors de l'ET à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

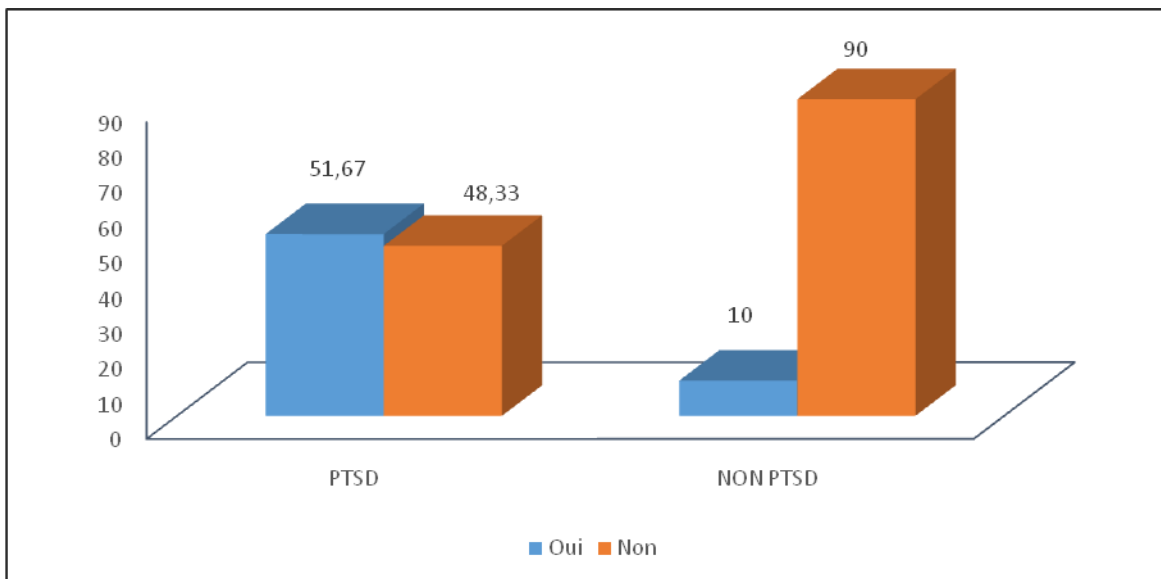


Figure 29 - Répartition selon l'atteinte physique lors de l'ET à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Plus de la moitié des malades ont présenté une atteinte physique lors de l'ET, tandis que chez les témoins, 10% seulement avait un impact physique de l'ET.

2.7- Localisation da l'atteinte physique :

Localisation de l'atteinte physique	PTSD		NON PTSD	
	Effectifs	%	Effectifs	%
ORL	32	26,66	03	2,5
Cutanée	31	25,83	09	7,5
Orthopédique	29	24,16	06	5
Ophtalmologique	07	5,83	00	00
Autres	07	5,83	00	00

Tableau 30 - Répartition selon la localisation da l'atteinte physique lors de l'ET à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

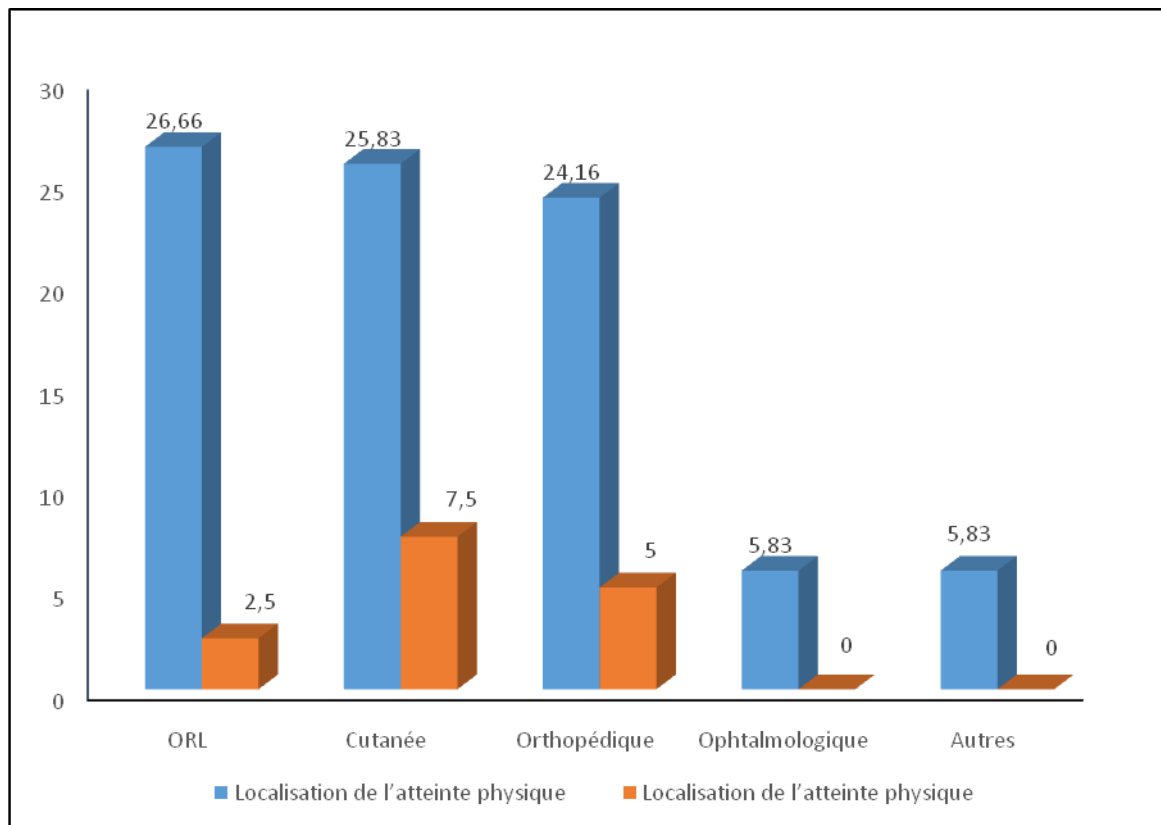


Figure 30 -Répartition selon la localisation de l'atteinte physique lors de l'ET à propos de 120 patients et 120 témoins de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Les pathologies ORL (surdité et acouphènes suite à l'explosion de bombes) cutanées et orthopédiques constituent les pathologies les plus fréquemment retrouvées chez les patients à proportions très proches entre 24 et 27%, puis les pathologies ophtalmiques (traumatiques) dans 6% des cas et d'autres affections avec la même proportion.

Chez les témoins, les pathologies cutanées représentent 7,5% de l'effectif, suivi par les pathologies orthopédiques dans 5% des cas, et enfin les pathologies ORL dans 2,5% des cas.

3- Les données post-traumatiques des patients :

3.1- Motif de la consultation :

Motif de la consultation	Effectifs	%
Troubles du sommeil	112	93,33
Anxiété	111	92,5
Troubles du comportement	97	80,83
Troubles dépressifs	73	60,83
Troubles des conduites	41	34,16
Troubles somatoformes	18	15

Tableau 31. Répartition selon le motif de la consultation à propos de 120 patients de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

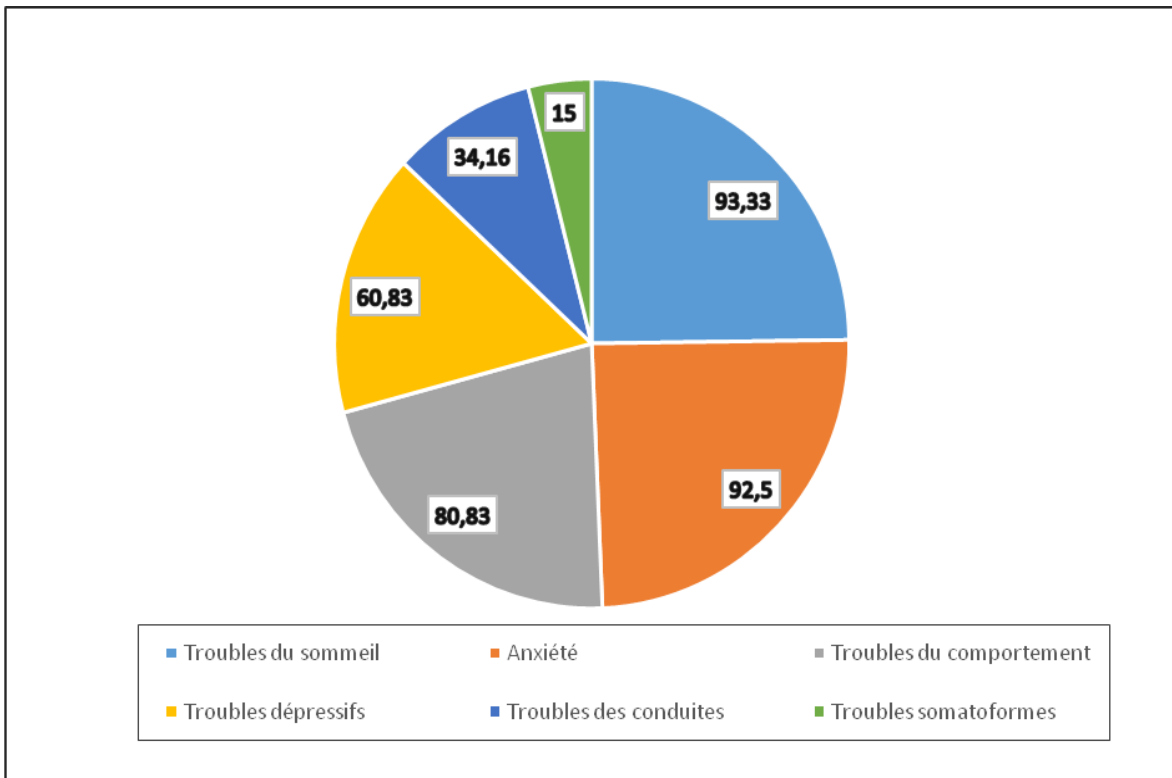


Figure 31-. Répartition selon le motif de la consultation à propos de 120 patients de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

La majorité de nos patients sont adressés à la consultation suite aux troubles du sommeil, dans une proportion de 93%, l'anxiété dans 92,5% des cas, les troubles du comportement dans 81% des cas, les troubles dépressifs dans 73% des cas, les troubles des conduites dans 34% des cas et enfin les plaintes somatoformes dans 15% des cas.

3.2- Durée du temps de latence :

Durée du Temps de latence	Effectifs	%
Une heure-un jour	16	13,33
Un jour - un mois	49	40,83
Un mois-03 mois	27	22,5
Plus de 03 mois	28	23,33
Total	120	100%

Tableau 32 - Répartition selon la durée du temps de latence à propos de 120 patients de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

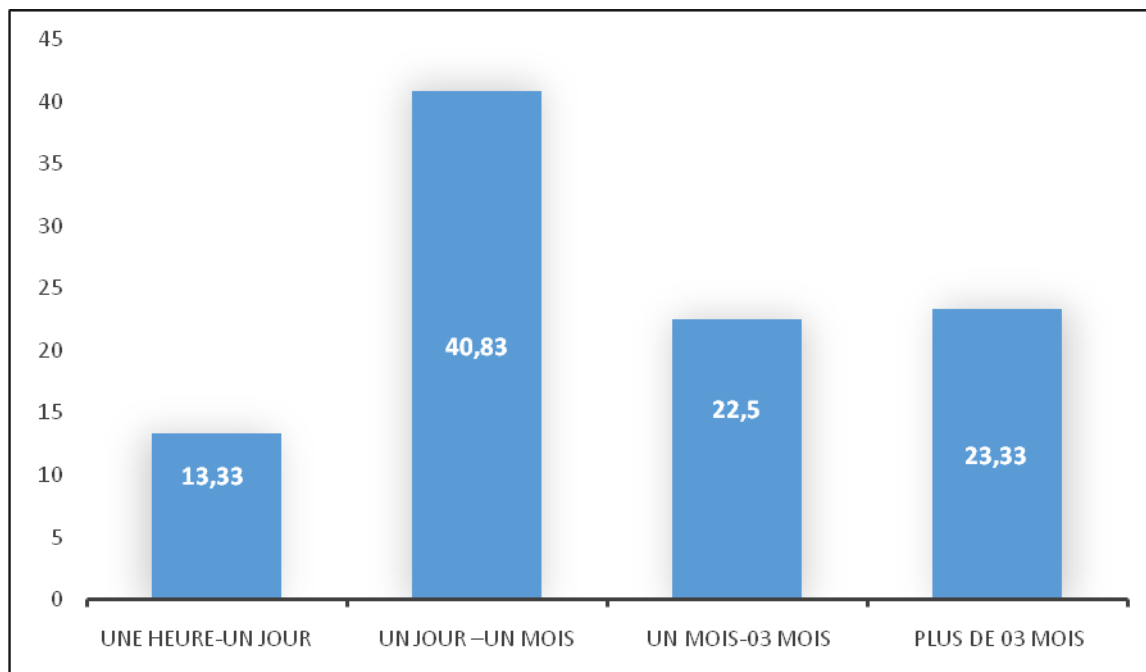


Figure 32 - Répartition selon la durée du temps de latence à propos de 120 patients de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

La classe de temps de latence la plus fréquemment retrouvée est celle comprise entre un jour et un mois, elle concerne 41% des cas. 23% des cas présentent un temps de latence plus de trois mois, 22,5% de l'échantillon ont une durée comprise entre un et trois mois et 13% des cas ont une durée inférieure ou égale à une journée.

3.3- Soutien social perçu :

Soutien social perçu	Effectifs	%
Oui	56	46,67
Non	64	53,33
Total	120	100%

Tableau 33 - Répartition selon le soutien social perçu à propos de 120 patients de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

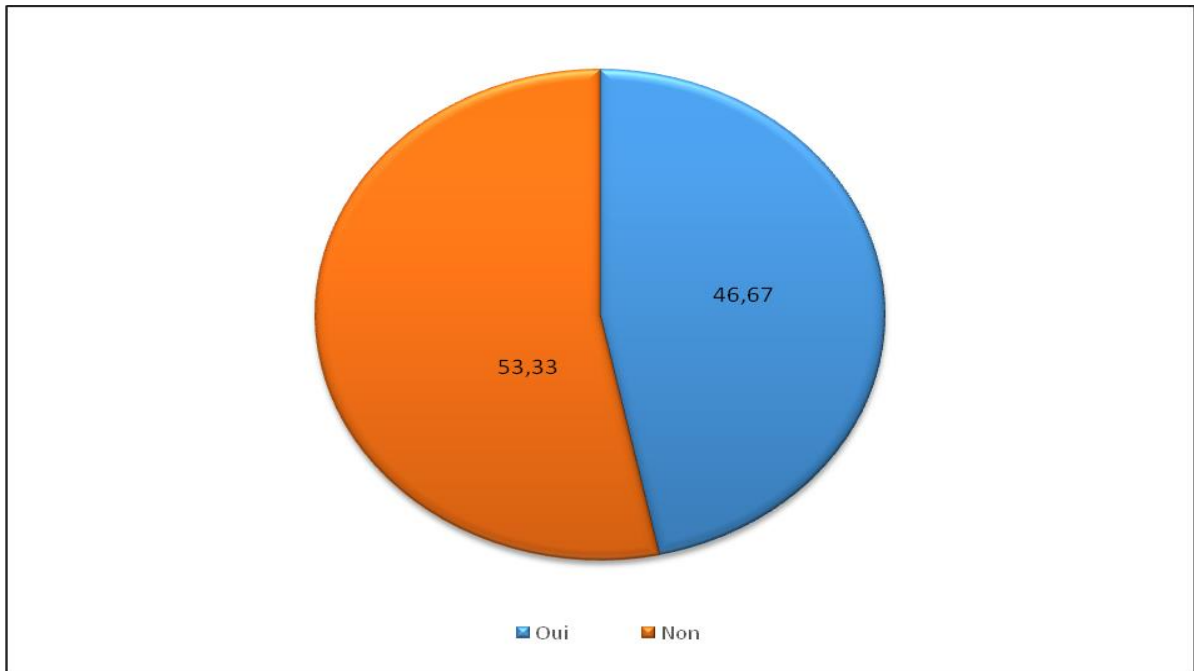


Figure 33 - Répartition selon le soutien social perçu à propos de 120 patients de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

En se basant sur un questionnement direct sur le soutien social perçu après l'exposition à l'ET, nous constatons que plus de la moitié des patients ne sont pas satisfaits du soutien social de l'entourage proche.

3.4- Conduite tenue à la Première Consultation :

Conduite tenue à la Première Consultation	Effectifs	%
Hospitalisation	47	39,17
PEC en ambulatoire	73	60,83
Total	120	100%

Tableau.34 - Répartition selon la conduite tenue à la première consultation à propos de 120 patients de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

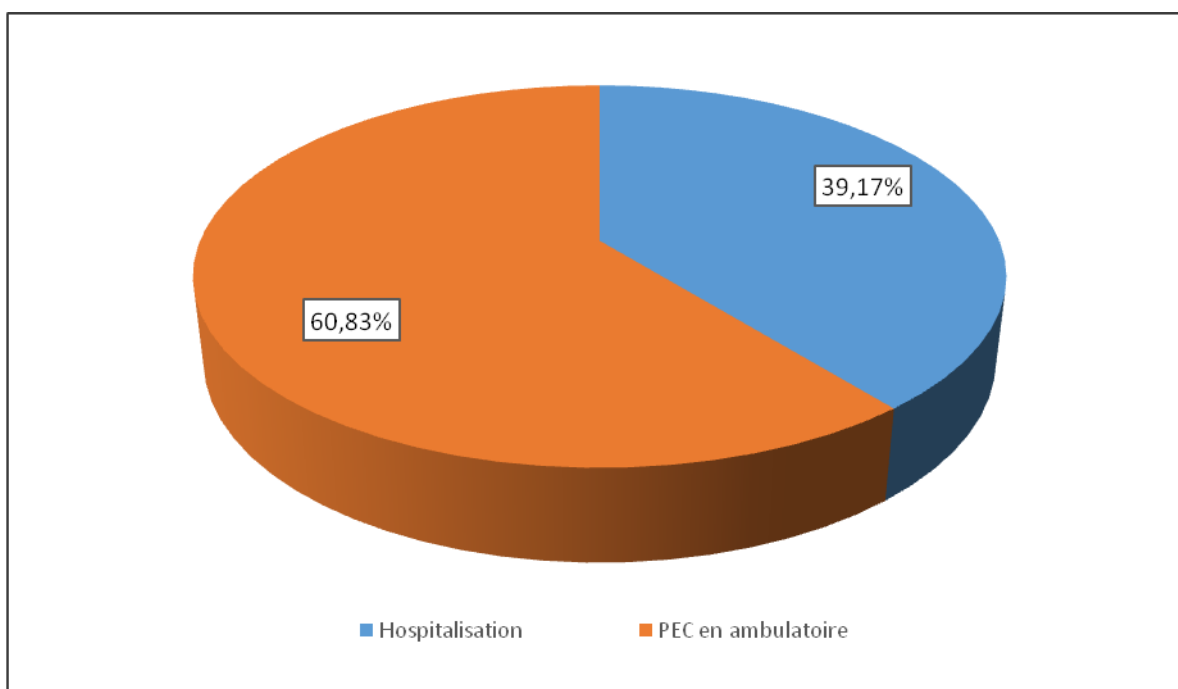


Fig.34 - Répartition selon la conduite tenue à la première consultation à propos de 120 patients de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Près de 61% des patients ont nécessités une hospitalisation à la première consultation devant l'intensité des troubles, et 39% de l'effectifs ont été pris en ambulatoire, avec des contrôles réguliers

3.5- L'évolution durant une année de prise en charge :

L'évolution	Après 01 Mois		Après 03 Mois		Après 06 Mois		Après 12 Mois	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Amélioration	61	50,83	79	65,83	92	76,66	94	78,33
Etats stationnaire	56	46,66	38	31,66	28	23,33	26	21,66
Aggravation	03	2,5	03	2,5	00	00	00	00
Total	120	100%	120	100%	120	100%	120	100%

Tableau.35 - Répartition selon l'évolution durant une année de prise en charge à propos de 120 patients de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

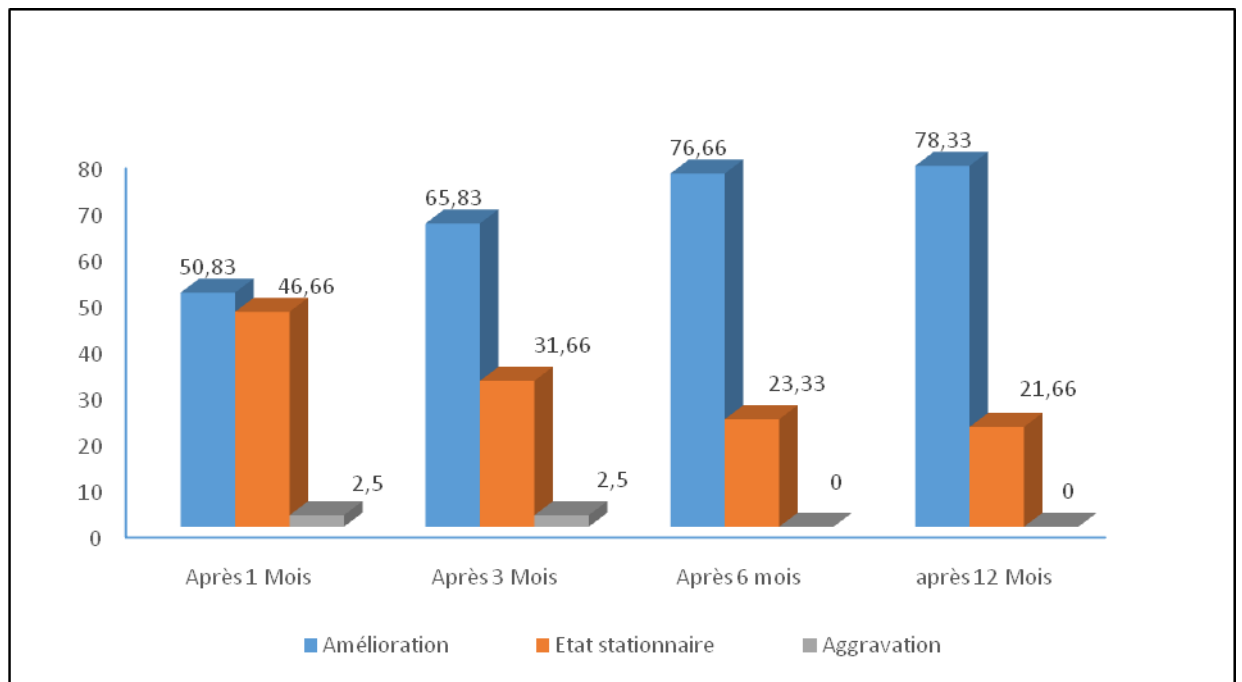


Figure 35 -Répartition selon l'évolution durant une année de prise en charge à propos de 120 patients de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

En plus de l'entrevu clinique, nous avons utilisé l'échelle révisée d'impact de l'événement (IES-R), pour l'évaluation des troubles.

Plus de la moitié des patients soit 51%, ont présenté une nette amélioration après un mois de prise en charge, chez 47% des cas l'évolution étaient stationnaire.

Trois patients seulement ont présentés une aggravation des troubles.

Après trois mois, 66% des patients ont présenté une amélioration, chez 32% des patients le score reste inchangé, et 2,5% ont présenté un score plus élevé.

Après six mois de suivi, plus de trois-quarts des patients ont présenté une nette amélioration soit 77%, et les 23% leur état reste stationnaire.

Après une année nous constatons une légère augmentation de ceux qui ont présenté une amélioration avec une proportion de 78%.

3.6- La décision médico-militaire :

DMM	Effectifs	%
CLD	87	72,50
Inaptitude	28	23,33
Convalescence	3	2,50
Reprise de travail	2	1,67
Total	120	100%

Tableau.36 - Répartition selon la décision médico-militaire à propos de 120 patients de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

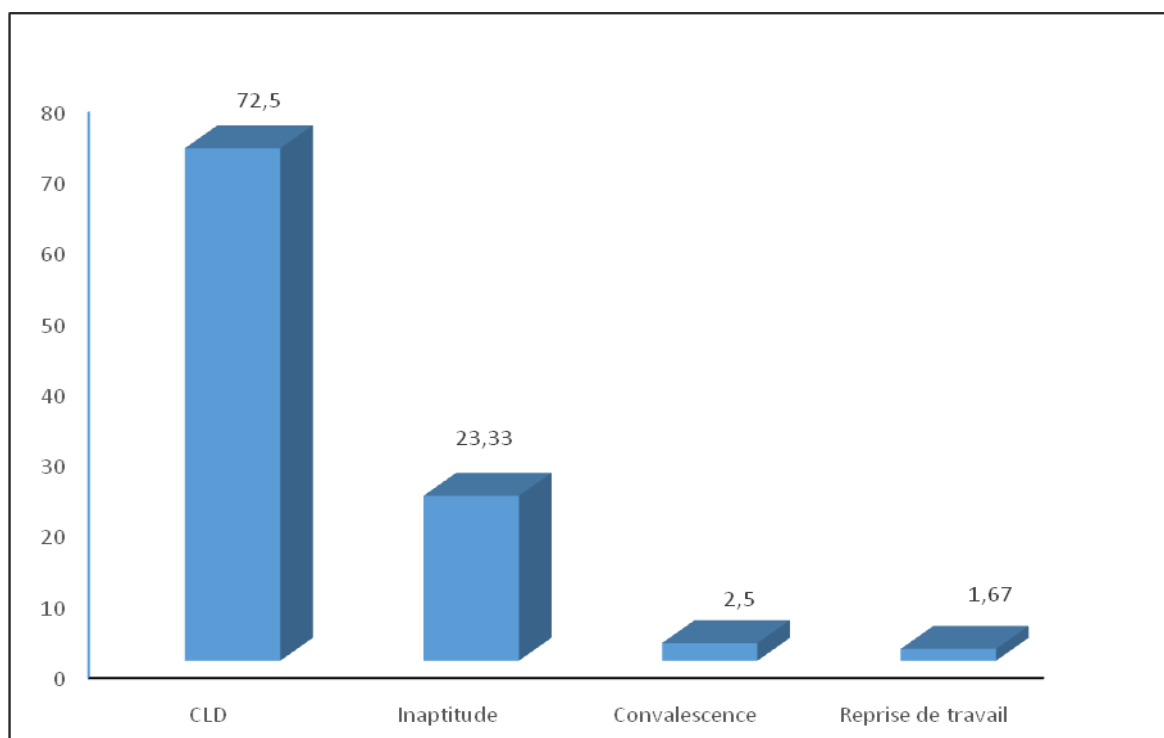


Figure .36 - Répartition selon la décision médico-militaire à propos de 120 patients de l'étude réalisée durant les années 2014 et 2015 au niveau de l'HMRUC.

Concernant la décision médico militaire prise à l'encontre de nos patients, nous constatons que plus des deux tiers ont bénéficié d'un congé de longue durée, alors que l'inaptitude définitive au service ne concernait que 23% des patients.

V- DISCUSSION

Notre étude évalue de nombreux facteurs prévisionnels et inclut à la fois les facteurs de risque et surtout les facteurs de protection.

Trois catégories de prédicteurs sont distinguées : prétraumatiques, péritraumatiques et post-traumatiques

1 - Les facteurs prétraumatiques

Dans notre étude, la répartition selon le sexe montre clairement l'exclusivité de la représentation masculine. La participation féminine était absente durant notre période d'étude, Nous pouvons l'expliquer par le faible taux de féminisation des unités de combat d'où étaient issus les patients pris en charge.

En ce qui concerne les données sur l'impact du sexe féminin, ce facteur semble associé à une plus grande vulnérabilité de développer un ESPT (Breslau et al., 1991; Norris, 1992; Norris et al., 2003; Van Ameringen et al., 2008) et à ce qu'il devienne chronique (Breslau & Davis, 1992). Cependant, les ÉT que subissent les femmes diffèrent de ceux vécus par les hommes. En effet, les femmes sont plus susceptibles de subir des agressions sexuelles alors que les hommes font plus souvent l'expérience d'agressions physiques (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995 ; Norris, 1992).

Notre échantillon a une moyenne d'âge de 29,87 ans, avec un écart type de 5,17. Notre effectif est majoritairement constitué d'adultes jeunes. Cela est en lien avec les modalités de recrutement en milieu militaire.

La surveillance épidémiologique des troubles psychiques dans les armées (centre d'épidémiologie et de santé publique des Armées, France), retrouve pour les années 2010 et 2011 un âge moyen de 28 ans.

Les études de (WEISAETH 1990) sur des soldats suédois au Congo et de (DOUTHEAU 1994) sur des soldats rapatriés de l'ex-Yougoslavie et de somalie, relève la jeunesse comme facteur de vulnérabilité, mais son influence n'apparaît pas nettement dans la majorité des études.

Dans les ESPT, l'âge n'est pas retenu en tant que facteur influant sur l'incidence de cette pathologie. Toutefois, sa prévalence sur la vie augmente avec l'âge, en lien avec la probabilité cumulée d'être confronté à plusieurs traumatismes psychiques.

La plus grande étude réalisée sur près de 6000 sujets, la NCS (National Comorbidity Survey) dirigée par KESSLER en 1995, indique la vulnérabilité du jeune âge non comme un facteur de risque, mais plutôt comme un facteur liée à une plus forte comorbidité ou à un niveau de préparation psychologique moindre.

La tranche d'âge la plus concernée par l'atteinte psychotraumatique dans notre échantillon se situe entre 31 et 35 ans, cela pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge serait la plus engagée sur le plan opérationnel devant leur longues années d'expériences, ils sont les premiers à être envoyés au front ce qui les expose d'avantage aux ET.

Près des deux tiers des patients étaient célibataires, de même les témoins le sont dans la moitié des cas, ceci s'explique par le jeune âge des patients. Les mariés représentent 37% des patients et 43% des témoins dont la majorité ayant 1 à 2 enfants.

Pour ce qui est de la situation familiale, la majorité des cas et des témoins avaient les deux parents encore en vie, avec un pourcentage de 80%. Plus de la moitié ont une fratrie de 5 à 8, aussi bien pour les patients que pour les témoins.

Concernant le rang dans la fratrie, les cadets de la fratrie sont les plus nombreux dans notre échantillon, aussi bien chez les patients que chez les témoins, représentant respectivement 60 et 62,5% du nombre total, tandis que les frères aînés totalisent 23% des patients et 29% des témoins.

La majorité des sujets est d'un niveau scolaire moyen et secondaire, soit respectivement 86% et 89%, pour les cas et pour les témoins.

Nous constatons qu'il n'y a pas une différence aussi significative entre cas et témoins à propos de la plupart des variables sociodémographique, de ce fait ils n'ont pas un pouvoir prédictif réel.

Dans la littérature, le statut conjugal n'est pas retenu comme un facteur de risque du PTSD, par contre ce sont les perturbations du support familial et le faible statut socioéconomique qui sont corrélées à la survenue du PTSD (Brewin et al. 2000), Perconte et al. 1993, Long et al. 1995).

Une étude sur 775 militaire américains déployé dans le Golf a montré le rôle de la famille en tant qu'agent de protection des événements stressants (Sutker et al 1995).

Plusieurs variables sociodémographiques ont été étudiées à titre de facteurs prévisionnels. Malgré cela, les résultats des études demeurent équivoques. Cela s'explique en partie par le fait que les variables sociodémographiques impliquent couramment la présence de variables concomitantes ou confondantes qui peuvent par elles-mêmes influencer ou même expliquer la vulnérabilité ou la résilience des individus (p. ex., un faible niveau d'éducation peut se trouver corrélé à d'autres variables comme un faible statut socioéconomique).

Plus des trois quarts des militaires concernés sont des contractuels (83% des cas et 82% des témoins), dont les hommes de troupe (HDT) représentent près de deux tiers de l'échantillon, alors que les militaires d'active sont représentés respectivement par 17 et 18% pour les cas et les témoins.

Cette surreprésentation des HDT dans notre échantillon s'expliquerait par le fait que les effectifs de l'ANP comptent plus d'éléments de cette catégorie, surtout dans les unités opérationnelles, embrassant une carrière de 8 à 15 ans dans plus de la moitié des cas.

La majorité des patients et des témoins appartiennent à une unité opérationnelle, soit 93% chez les patients et 97,5% chez les témoins.

Une notion de suivi psychologique (psychiatre, Psychologue.) était rapportée dans 3 % des cas, pour les témoins aucune notion de suivi en psychiatrie n'a été signalée.

Par ailleurs près de 31 % des patients avaient un antécédent familial de consultation psychiatrique, tandis que chez les témoins nous constatons une pauvreté marquée des antécédents familiaux de consultation en psychiatrie avec une proportion de 10% de notre échantillon témoin. Avec une relation statistiquement significative :

Un $P < 10^{-5}$ Un Odds Ratio(OR) de 4.9 Un intervalle de confiance a 95% IC_{95%} [2.3- 10.4]

P : le degré de signification, doit être inférieur à 0,05 pour que la relation soit statistiquement significative

Odds Ratio (OR) : Représente la force de signification, doit être supérieur à 1 ; un OR à 4,9 signifie que ceux qui ont des ATCD familiaux de consultation psychiatrique ont un risque 4,9 fois plus de développer un ESPT que ceux qui n'ont pas des ATCD familiaux de consultation en psychiatrie.

L'intervalle de confiance à 95% (IC_{95%}) présente deux bornes ou limites ; limite supérieur et une limite inférieur qui doit être supérieur à 1.

L'OR varie entre les deux bornes de l'intervalle de confiance à 95%.

La proportion des ATCD Familiaux d'hospitalisation en psychiatrie est plus élevée chez les patients par rapport aux témoins ; elle est à 27,5% chez les patients, versus 7,5% dans l'échantillon témoin. Avec une relation statistiquement significative :

Un $p < 10^{-5}$ OR de 4,6 et un IC_{95%} [2,1 – 10,2]

De ce fait les ATCD familiaux de consultation ou d'hospitalisation en psychiatrie peuvent être considérer comme prédicteurs potentiels.

Pour les données de la littérature, les deux méta-analyses de Brewin et d'Ozer indiquent que les antécédents psychologiques et psychiatriques personnel et familiaux constituent des prédicteurs de l'ÉSPT. Ainsi les individus ayant vécu certaines difficultés comme une dépression majeure ou un trouble d'anxiété tel que le trouble panique ou le trouble obsessionnel-compulsif risquent davantage de développer un ÉSPT à la suite d'un ÉT.

La notion d'événement traumatique durant l'enfance a été rapportée par la moitié des patients, tandis que chez les témoins elle est représentée par une très faible proportion (6% des cas), ayant donc une relation statistiquement très significative avec :

Un $P < 10^{-10}$ OR de 15 IC_{95%} [6 - 36]

La notion d'événement traumatique durant l'année écoulée a été rapportée chez plus des deux tiers des patients (69% des cas), alors que chez les témoins elle représente 39% de l'échantillon, présentant donc une relation statistiquement très significative avec :

$$Un \quad P < 10^{-5} \quad OR \text{ de } 3,4 \quad IC_{95\%} [2,04 - 5,9]$$

De ce fait nous pouvant avancer l'hypothèse que la notion d'événement traumatique durant l'enfance et La notion d'événement traumatique durant l'année écoulée présentent une forte valeur prédictive.

Une étude de Gabriel et al., en 2007 portant sur des individus exposés à un acte terroriste indique que ceux ayant vécu des stressers dans l'année précédant le trauma sont davantage susceptibles de manifester un ÉSPT.

Les méta-analyses de Brewin et d'Ozer suggèrent que des populations comme les vétérans, les réfugiés cambodgiens et les victimes d'abus sexuels démontrent l'effet cumulatif des traumas.

Quant au troubles de l'axe II, nous remarquons que plus de la moitié des patients présente un trouble de la personnalité dont la personnalité obsessionnelle occupe la première position suivi par la personnalité histrionique, la personnalité dépendante et enfin, La personnalité évitante. Alors que chez les témoins on retrouve une très faible proportion de personnalité pathologique, avec une relation statistiquement très significative :

$$Un \quad P < 10^{-10} \quad OR \text{ de } 30 \quad IC_{95\%} [11 - 78]$$

La personnalité pathologique semble un prédicteur important à prendre en considération, ce résultat est unanimement retrouvé dans la littérature. Dans une étude sur des victimes d'un accident d'automobile, les stratégies de gestion du stress basées sur l'évitement prédisent la sévérité de l'ESPT.

Une étude de Bryant et Guthrie en 2007 avance que les pompiers qui entretiennent des cognitions négatives sur soi (p. ex., se sentir incompetent), avant même d'être exposés à un trauma, sont davantage susceptibles d'éprouver des symptômes post-traumatiques en réponse à un trauma.

2 - Les facteurs péritraumatiques :

Plus de la moitié des patients ont été traumatisés suite à l'explosion d'une bombe au combat dans le cadre de la lutte anti-terroriste, 35% à la suite d'un traumatisme par arme à feu lors d'un accrochage terroriste et 10% à la suite d'un accident de la circulation.

Dans notre étude, 92% des patients rapportent avoir vécu de l'horreur lors de l'exposition à l'ET, Par ailleurs chez les témoins ce sentiment a été mentionné dans près de 47%, avec une relation statistiquement très significative :

$$Un \quad P < 10^{-5} \quad OR \text{ de } 07 \quad IC_{95\%} [3,2 - 15,4]$$

L'effroi avec une proportion de 81% chez les patients et 11% pour les témoins, avec une relation statistiquement très significative :

$$Un \quad P < 10^{-10} \quad OR \text{ de } 34 \quad IC_{95\%} [16 - 72]$$

Le sentiment d'impuissance chez 36,5% % des patients, dans 17% chez les témoins avec une relation statistiquement très significative :

$$Un \quad P < 0,01 \quad OR \text{ de } 1,9 \quad IC_{95\%} [1,1 - 3,5]$$

La culpabilité dans 32,5% des patients et 21% des témoins, avec une relation statistiquement très significative :

$$Un \quad P < 0,04 \quad OR \text{ de } 1,8 \quad IC_{95\%} [1,02 - 3,2]$$

Par conséquent nous pouvant avancer l'hypothèse, que la détresse péritraumatique qui englobe toutes ses réactions émotionnelles, présente un forte prédictivité, ce qui rejoint les données de la littérature (la méta-analyses d'Ozer et al., 2003).

Concernant la dissociation péritraumatique tel que décrite dans le DSM-IV-TR, 65% des patients ont présentés des manifestations de dissociation péritraumatique. Alors que chez les témoins, 7,5% seulement ont présentés ces manifestations, avec une relation statistiquement fortement significative :

$$Un \quad P < 10^{-9} \quad OR \text{ de } 22 \quad IC_{95\%} [10,5 - 49,7]$$

Donc nous pourrions avancer l'hypothèse selon laquelle la dissociation péritraumatique constitue un prédicteur de l'ÉSPT.

Dans la littérature international, de nombreuses études indiquent que la dissociation pendant et immédiatement après l'événement est fortement liée à la symptomatologie post-traumatique des vétérans de guerre dans l'étude de Bremner et al. en 1992, des individus préposés aux services d'urgence par Marmar et al. en 1995 et des personnes blessées dans l'étude de Shalev et al. en 1996.

La méta-analyse la plus récente et la plus complète portant sur la dissociation péritraumatique est celle de Lensvelt-Mulders et ses collaborateurs (2008) qui inclut 59 études, soit le plus grand nombre d'études empiriques sur le sujet. Bien qu'aucune relation de causalité ne puisse encore être établie, cette méta analyse confirme que la dissociation péritraumatique constitue un prédicteur de l'ÉSPT.

Quant à la durée subjective de l'ET, 59% des patients l'on vécu comme lente pour quiconque, dans 19% des cas courte et pour 21,5% la durée n'a pas pu être précisée. Alors que chez les témoins, pour la moitié de l'effectif la durée était courte, dans 28% lente et dans 20% non précisée, avec une relation statistiquement significative :

$$Un \quad P < 10^{-4}$$

De ce fait la durée subjective de l'ET peut être considéré comme facteur prédictif.

La méta-analyse d'Ozer et ses collaborateurs (2003) indique que la perception de menace à la vie durant l'événement représente un prédicteur de l'ESPT dans au moins 12 études distinctes. Ainsi,

plus l'exposition à l'ET se prolonge, plus les symptômes d'ÉSPT deviennent sévères dans l'étude de Zeiss et Dickman en 1989.

L'atteinte physique lors de l'ET a concerné plus de la moitié des malades, tandis que chez les témoins, 10% seulement avait un impact physique de l'ET, avec une relation statistiquement significative :

$$Un \quad P < 10^{-10} \quad OR \text{ de } 9,6 \quad IC_{95\%} [4,7 - 49,7]$$

Plusieurs études dont celle de Kilpatrick et al. en 1989 puis de Resnick et al. en 1993 indiquent que Les ET qui engendrent des blessures corporelles sont davantage associés au développement d'un ESPT comparativement aux expériences traumatiques qui n'entraînent pas de telles blessures

3 - Les facteurs post-traumatiques :

La classe du temps de latence la plus fréquemment retrouvée est celle comprise entre un jour et un mois, elle concerne 41% des cas. 23% des cas présentent un temps de latence plus de trois mois, 22,5% de l'échantillon ont une durée comprise entre un et trois mois, ce qui rejoint les données du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR).

Plus de la moitié des patients ne sont pas satisfaits du soutien social de l'entourage proche.

Dans la littérature internationale, le soutien social est une variable qui a été étudiée de façon considérable dans le domaine de la santé mentale. Différents types de soutien social existent tels que le soutien structurel, fonctionnel, émotionnel, instrumental, informationnel, positif et négatif (Guay, Marchand, & Billette, 2006). Toutefois, rares sont les études qui différencient les types de soutien social ou qui mentionnent le type de soutien évalué. Malgré cela, les chercheurs s'entendent pour affirmer que l'absence de soutien ou encore un soutien social déficient ou négatif intensifient les symptômes de stress post-traumatique (Brewin et al., 2000; Fontana, Schwartz, & Rosenheck, 1997; Guay, Billette, & Marchand, 2006; Jenkins, 1997; Jovanovic, Aleksandric, Dunjic, & Todorovic, 2004; Marmar et al., 1999; Regehr et al., 2003).

Près de 61% des patients ont nécessités une hospitalisation à la première consultation devant l'intensité des troubles, et 39% de l'effectifs ont été pris en charge en ambulatoire, avec des contrôles réguliers

En plus de l'entrevu clinique, nous avons utilisé l'échelle révisée d'impact de l'événement (IES-R), pour l'évaluation des troubles.

Plus de la moitié des patients soit 51%, ont présenté une nette amélioration après un mois de prise en charge, chez 47% des cas l'évolution étaient stationnaire.

Trois patients seulement ont présentés une aggravation des troubles.

Après trois mois, 66% des patients ont présenté une amélioration, chez 32% des patients le score reste inchangé, et 2,5% ont présenté un score plus élevé.

Après six mois de suivi, plus de trois quart des patients ont présenté une nette amélioration soit 77%, et les 23% leur état reste stationnaire.

Concernant la décision médico militaire prise à l'encontre de nos patients plus des deux tiers ont bénéficié d'un congé de longue durée, alors que l'inaptitude définitive au service ne concernait que 23% des patients, toute en tenant compte de l'imputabilité des troubles au service.

IV- RESERVES METHODOLOGIQUES

Il nous est nécessaire d'énumérer certains biais rencontrés au cours de notre étude, afin de permettre une meilleure interprétation des résultats.

* L'un des biais de sélection est la possibilité qu'a un militaire de consulter ou d'être hospitalisé dans un autre hôpital militaire que celui dévoué à son unité de rattachement. Notamment pendant le congé ou les permissions.

* La population de notre étude n'est pas représentative de la population militaire. En effet l'étude que nous avons menée ne concerne que les militaires pris en charge au niveau de l'HMRUC /5^{ème} RM.

* Il faut préciser que les antécédents psychiatriques (personnels ou familiaux) sont souvent inavoués ou masqués par les malades suite au dilemme d'imputabilité des troubles au service,

* chez les témoins cette réticence est accentuée par les appréhensions vis -à- vis de l'avenir professionnel.

Nous considérons l'absence en notre possession d'outil d'évaluation des stratégies de gestion du stress, de la détresse péritraumatique et du soutien social perçu un réel biais pour plus de précision à propos des valeurs prédictives de ces variables.

Un autre biais est celui de la symptomatologie de l'ESPT en référence à un seul événement, soit l'ET survenu juste avant la consultation qui a été évaluée. Il est possible que l'ampleur des réactions posttraumatiques en lien avec des événements cumulatifs au travail et en dehors du travail ait été sous-estimée.

VII- CONCLUSION

Notre étude que nous avons menée évalue de nombreux facteurs prévisionnels et inclut à la fois les facteurs de risque et surtout les facteurs de protection. Trois catégories de prédicteurs de l'apparition d'un trouble stress post traumatique ont été distinguées, les facteurs pré traumatiques, les facteurs péri traumatiques et enfin les facteurs post-traumatiques ; quant aux **facteurs prétraumatiques** notre étude nous a permis de retrouver une répartition selon le sexe exclusivement masculine, ce qui est tout à fait normal vue l'absence de féminisation des unités de combat de l'armée nationale algérienne. Notre échantillon est majoritairement constitué d'adultes jeunes avec une moyenne d'âge de 29,87 ans et un écart type de 5,17. Cela est en lien avec les modalités de mutation au sein des unités opérationnelles en milieu militaire algérien, ce qui est en adéquation avec les résultats retrouvés dans les services armés dans le monde. La jeunesse étant également considérée selon la littérature comme facteur de vulnérabilité mais dont l'influence n'apparaît pas nettement dans la majorité des études. Nous pouvons néanmoins retenir de notre étude cette association entre le jeune âge et l'activité opérationnelle qui pourrait représenter un élément favorable à l'apparition d'un trouble stress post traumatique dans notre institution, mais il est certain que d'autres études plus approfondies pourraient nous renseigner sur cette éventuelle variable en tant que facteur de vulnérabilité, ainsi que l'implication du manque d'expérience ou de préparation au combat de cette tranche d'âge.

Le célibat a été également retenu dans notre étude comme facteur prédictif de l'apparition d'un trouble stress post traumatique. Le mariage et la paternité ont été retrouvés plus souvent chez les cas témoins, ce qui nous pousse à penser à un facteur protecteur mais qui nécessiterait également un intérêt plus approfondi sur cette question d'autant plus que certaines études ont fait part du rôle de la famille en tant qu'agent de protection des événements stressants.

Notre étude ne nous a pas permis de mettre en relief une différence significative concernant la situation familiale et le nombre de la fratrie ou encore le rang dans la fratrie, aussi bien pour les patients que pour les cas témoins. Cela ne semble pas influencer l'apparition du trouble dans notre échantillon d'étude

Le niveau scolaire moyen et secondaire retrouvé chez la totalité de notre échantillon, signe plutôt les modalités de recrutement de l'institution et ne pourrait être introduit comme variable intéressante dans notre étude.

Les variables sociodémographiques dans notre étude ne semblent pas avoir un pouvoir prédictif réel dans l'apparition d'un trouble stress post traumatique néanmoins ils nous ont permis d'émettre quelques hypothèses et ouvrir des perspectives pour des recherches à venir .

La surreprésentation des hommes de troupes dans notre échantillon, ainsi que le nombre important des militaires contractuels s'expliquerait par le fait que les effectifs de l'armée comptent plus d'éléments de cette catégorie dans les unités opérationnelles, ce qui est tout à fait compréhensible vu la nature des fonctions exercées et la nécessité d'une optimisation de la réussite des missions du militaire dans les unités opérationnelle (unités dont sont issus près de 95% des individus ayant participé à notre étude).

Notre étude nous a permis de retenir un ensemble d'éléments concernant les antécédents psychiatriques personnels et familiaux chez nos patients avec des taux significatifs par rapport aux témoins ce qui nous permet de retenir et de considérer ces variables comme des prédicteurs potentiels de l'apparition du trouble stress post traumatique. Ce qui est conforme avec les données de la littérature.

La notion d'événement traumatique durant l'enfance a également une relation statistiquement significative avec l'apparition du trouble dans notre échantillon d'étude, ainsi que la notion d'événement traumatique durant l'année écoulée ce qui est également concordant avec les résultats relevés dans la littérature.

Une relation statistiquement significative a été retrouvée entre les troubles de la personnalité et l'apparition du trouble stress post traumatique dans notre échantillon, notamment le trouble de la personnalité obsessionnelle qui occupe la première position suivi par la personnalité histrionique, résultat unanimement retrouvé dans la littérature.

Nous nous sommes également intéressés dans notre étude aux **facteurs péritraumatiques**, ce qui nous a permis d'aboutir à certains résultats qui concordent très souvent avec les données de la littérature, nous citerons en premier le type d'événement traumatique (l'explosion d'une bombe au combat dans le cadre de la lutte anti-terroriste, les traumatismes par arme à feu lors d'un accrochage terroriste). Le vécu de l'événement avec horreur qui avait une relation statistiquement très significative dans l'apparition du trouble, ainsi que l'effroi et le sentiment d'impuissance, mais également la culpabilité avait une relation statistiquement très significative avec l'apparition du trouble.

Par conséquent nous pouvons avancer l'hypothèse, que la détresse péri-traumatique englobant toutes ses réactions émotionnelles, présente une forte prédictivité dans l'apparition du trouble dans notre échantillon d'étude, ce qui rejoint les données de la littérature.

Concernant la dissociation péri-traumatique retrouvée chez 65% de nos patients, il s'agit là également d'une relation statistiquement fortement significative dans notre étude conformément aux données de la littérature.

Quant à la durée subjective du déroulement de l'événement traumatique, le sentiment d'une longue durée de l'événement vécu par nos patients, est statistiquement significative dans notre étude, ce qui est également conforme à ce qui est retrouvé dans la littérature. De même que les blessures physiques retrouvés dans notre échantillon d'étude et qui sont davantage associés au développement d'un trouble stress post traumatique selon la littérature comparativement aux expériences traumatiques n'entraînant pas de blessures corporelles.

Enfin les **facteurs post-traumatiques** impliqués dans notre étude sont le temps de latence dont l'analyse des résultats nous a montrée une concordance avec les données du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR).

Le soutien social perçu comme insatisfaisant a été retrouvé chez plus de la moitié des patients. Dans la littérature internationale, le soutien social est une variable qui a été étudiée de façon considérable, elle est incriminée dans l'intensification les symptômes post-traumatiques, élément qui n'a pas fait l'objet de notre étude mais là également nous espérons que cette étude puisse faire le lit d'autres études plus approfondies.

La prise en charge de nos patients a requis près de 61% d'hospitalisations et 39% de soins en ambulatoire et l'évolution évaluée grâce à l'échelle d'évaluation de l'impact événementiel (IES-R) a montré une nette amélioration du trouble au long cours 77%, nous déplorons néanmoins la présence de 23% de notre échantillon dont l'état est resté leur stationnaire, de même qu'une décision d'inaptitude au service armé pour ces patients. Nous retenons quand même que ces patients ont bénéficié d'une imputabilité de leurs troubles au service armé.

Réponse aux objectifs :

L'étude menée dans cette thèse avait pour objectif principal, l'identification des facteurs prédictifs de l'état de stress post traumatique en milieu militaire présentés en trois catégories, les facteurs pré traumatiques, les facteurs péri traumatiques et les facteurs post-traumatiques. Deux groupes ont été étudié : un groupe de 120 militaires ayant vécu un événement traumatique et ont présenté des signes de réaction de stress aigu, qui ont justifié une orientation au service de psychiatrie ou aux urgences de l'hôpital (HMRUC). L'autre groupe, concerne 120 militaires, ayant subi les mêmes évènements traumatiques, mais n'ont présentés aucun trouble justifiant leur orientation à l'hôpital, et ce grâce à l'étroite collaboration des médecins des unités.

- Les facteurs prétraumatiques qui ont été retrouvés avec une relation statistiquement significative, les ATCD familiaux de suivi ou d'hospitalisation en psychiatrie, la notion d'évènement traumatique durant l'enfance ou durant l'année écoulée ainsi que les troubles de la personnalité.
- Les facteurs péritraumatiques sont selon notre étude et conformément aux données de la littérature ; les émotions négatives vécues pendant ou immédiatement après l'évènement traumatique avaient une forte valeur prédictive, mais également la dissociation péritraumatique, la durée subjective de l'ET et l'atteinte physique lors de l'ET.
- Concernant les facteurs posttraumatiques, il ressortait de notre étude une prédictivité importante du soutien social perçu comme insuffisant.

Concernant nos objectifs secondaires ;

Nous avons tenté d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients souffrant d'un état de stress post traumatique ce par l'hospitalisation des cas nécessitant, mais également par une évaluation clinique régulière de l'évolution des troubles grâce au suivi en ambulatoire et l'utilisation de l'échelle d'évaluation de Horowitz.

L'aide et la collaboration des médecins d'unité à notre étude nous a permis de prodiguer quelques enseignements permettant le dépistage et l'évaluation des états de stress post traumatique dans la cinquième région militaire.

Notre étude nous a également permis de répondre à un autre de nos objectifs secondaires qui est celui de déterminer les temps de latence spécifique à notre population.

VIII- RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES

Des combats au corps à corps aux bombes qui explosent, les événements de la guerre restent à jamais gravés dans la mémoire des militaires. Dans le meilleur des cas, ils apprennent à vivre avec, mais parfois, ces scènes d'horreurs entraînent un état de stress post-traumatique comprenant parfois des troubles anxieux et pouvant même conduire jusqu'à une conduite suicidaire.

Plusieurs d'entre nous, militaires ou civils, seront confrontés un jour ou l'autre à un événement traumatique qui remettra en question notre perception du monde ou de notre propre personne. Les réactions à l'événement, qui dépendent d'une série de facteurs, sont brèves chez certains alors qu'elles persistent longtemps chez d'autres.

Ces troubles psychiques post-traumatiques affectent les familles dans leur quotidien. Tout simplement parce que les militaires atteints par ces troubles vont par exemple avoir sans cesse des cauchemars de reviviscence de la scène d'horreur. Mais aussi des flashbacks à plusieurs moments de la journée. Et tout cela se termine bien souvent par une tendance au repli sur soi de la part de l'ancien soldat.

Avant d'achever ce travail, quelques recommandations nous semblent pertinentes à proposer et ce afin d'exprimer certaines de nos idées qui nous semblent intéressantes et que nous allons répertorier de la même manière que s'est déroulée notre étude :

- Nos résultats concernant les **facteurs prétraumatiques** nous ont permis de retrouver une grande répartition du trouble chez les hommes de troupe, jeunes, célibataires, exerçant leurs fonctions dans les unités opérationnelles, présentant souvent des antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, ces patients avaient non seulement présenté des traumatismes durant leur enfance ou durant l'année écoulée, mais également souffraient d'un trouble de la personnalité et de défaillances dans leurs stratégies de gestion de stress.

Tout cela nous renseigne sur les efforts que nous avons à accomplir lors de la sélection des militaires afin d'optimiser la réussite des missions du militaire dans les unités opérationnelles, nous suggérons donc la participation d'un personnel plus

qualifié et formé en psychiatrie et/ou en psychologie pour un meilleur choix des effectifs mais aussi la dotation des examinateurs de certains outils d'évaluations d'aide au diagnostic traduits et validés pour la population des futurs engagés de l'armée nationale et populaire.

- Notre étude a montré que les **facteurs péri-traumatiques** représentaient également une forte prédictivité dans l'apparition du trouble dans notre échantillon d'étude, ce qui nous pousse à mettre l'action sur les efforts accompli par notre commandement concernant la médecine de l'avant et proposer de poursuivre le travail déjà initié dans ce domaine en proposant des formations en psycho-traumatologie des médecins d'unité mais également des militaires exerçant dans les unités opérationnelles pouvant constituer des paires aidant et des personnes ressources lors des événements traumatiques.
- Pour ce qui est des **facteurs post-traumatiques** l'implication des familles des victimes dans la prise en charge et la formation des psychiatres militaires en victimologie et en psycho-traumatologie nous paraissent également être des moyens importants pour accompagner les patients et améliorer l'évolution des troubles dans notre institution.
- **En matière de prévention** ; nous insistons sur l'intérêt de l'hygiène mentale au sein des effectifs de l'ANP, et l'évaluation initiale, périodique et en amont de l'activité opérationnelle afin de concourir au maintien de cette capacité opérationnelle des soldats. Le mur le plus difficile à vaincre est celui du silence, Il est donc important d'informer les militaires car la honte n'est pas la seule raison de ce silence, il y a également la méconnaissance des symptômes et la crainte de perdre son aptitude. La prévention s'articule autour de la mise en condition opérationnelle qui vise à améliorer la résistance, autour de l'information sur les troubles et autour du rappel de l'importance de la parole. Un arsenal est à présent déployé pour prévenir et prendre en charge le stress post-traumatique.
- Ainsi ce travail s'inscrit comme préambule à des recherches originales qui pourront s'intéresser aux sujets psychotraumatisés et à la prévention secondaire de l'ESPT.

Références bibliographiques

1. Abraham K. Contribution à la psychanalyse des névroses de guerre. œuvres complètes, II. Paris: Payot; 1918. p. 172–180.
2. Alexander F, French M. Psychothérapie analytique. Principes et applications, 1959. Paris: PUF; 1946.
3. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;420: 38—46.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM), 4th edition, TR. Washington DC; 2000.
5. Ammar Farhani K L. Les états de stress post-traumatique de l'adulte à Alger. A propos de 100 patients militaires consultants à l'Hopital central de l'Armée. Thèse pour le diplôme de docteur en sciences médicales (2015).
6. Aulagnier P. La violence de l'interprétation - Du pictogramme à l'énoncé. Paris: PUF; 1975.
7. Baeyens C. Secondary prevention of posttraumatic stress disorder: challenging psychological debriefings. *Encephale*. 2003 Nov-Dec;29(6):535-44.
8. Barrois C. Les névroses traumatiques. Paris: Dunod; 1988.
9. Bartone, P.T., Ursano, R.J., Wright, K.M., & Ingraham, L.H. (1989). The impact of a military air disaster on the health of assistance workers: A prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(6),317-328.
10. Bernat, J.A., Ronfeldt, H.M., Calhoun, K.S., & Arias, I. (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 645-664.
11. Bessoles P. Les interventions psychothérapeutiques précoces post-traumatiques. Contribution à une théorisation du defusing et du debriefing psychologique. *Information Psychiatrique*. 2006 82(3):231-7.
12. Bierens de Haan B. Le débriefing émotionnel collectif des intervenants humanitaires: l'expérience du CICR. *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*. 1998;149:218-28.

13. Bion WR. Recherches sur les petits groupes. Paris: PUF; 1965.
14. Birmes, P., Arrieu, A., Payen, A., Warner, B.A., et Schmitt, L. (1999). Traumatic Stress and Depression in a Group of Plane Crash Survivors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 754-755.
15. Birmes, P., Brunet, A., Benoit, M., Defer, S., Hatton, L., Sztulman, H., et Schmitt, L. (2005b). Validation of the peritraumatic Dissociative experiences questionnaire self-report version in two samples of french-speaking individuals exposed to trauma. *European Psychiatry*, 20, 145-151.
16. Birmes, P., Brunet, A., Carreras, D., Ducasse, J. L., Charlet, J. P., Lauque, D., (...) Schmitt, L. (2003). The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1337-1339.
17. Birmes, P., Brunet, A., Coppin-Calmes, D., Arbus, C., Coppin, D., Charlet, J. P., (...) Schmitt, L. (2005a). Symptoms of peritraumatic and acute traumatic stress among victims of an industrial disaster. *Psychiatric Services*, 56, 93-95.
18. Birmes, P., Brunet, A., et Schmitt, L. (2003). Temps de latence et trouble de stress posttraumatique : à propos d'une observation clinique, *Revue Québécoise de Psychologie*, 23, 185- 196.
19. Birmes, P., Carreras, D., Charlet, J. P., Warner, B. A., Lauque, D., et Schmitt, L. (2001). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder in victims of violent assault. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 796-798.
20. Birmes, P., Daubisse, L., et Brunet, A. (2008). Predictors of enduring PTSD after an industrial disaster. *Psychiatric Services*, 59, 116.
21. Birmes, P., Escande, M., Moron, P., Schmitt, L., Laxenaire., Veyrat., et Laxenaire. (2005). L'hystéro-neurasthénie traumatique dans les leçons du mardi du Pr. Charcot : opposition à la Névrose traumatique mais anticipation du trouble de stress post traumatique Discussion, *Annales Médico-Psychologiques*, 163, 336-343.
22. Birmes, P., et Klein, R. (2006). Facteurs prédictifs et évolution des troubles. In L. Jehel & G. Lopez E ds., *Psychotraumatologie: Evaluation, Clinique, Traitement*. Paris, France : Dunod.
23. Birmes, P., Warner, B.A., Callahan, S., Sztulman, H., Charlet, J.P., et Schmitt, L. (2000). Defense Styles and Posttraumatic Stress Symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 306-308.

24. Blair, R.G. (2000). Risk factors associated with PTSD and major depression among Cambodian refugees in Utah. *Health and Social Work*, 25, 23-30.
25. Boisseaux, H. Le stress au sein de la population militaire : du stress opérationnel à l'état de stress post-traumatique. *Méd Armées* 38, 29-36 (2010).
26. Bouatta C. Les traumatismes collectifs de l'Algérie. Ed Casbah, 2007.
27. Bremner, J.D. Functional neuroanatomical correlates of traumatic stress revisited 7 years later, this time with data. *Psychopharmacol Bull* 37, 6-25 (2003).
28. Bremner, J.D., & Brett, E. (1997). Trauma-related dissociative states and long-term psychopathology in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 37-49.
29. Breslau N, Anthony J. «Gender Differences in the Sensitivity to Posttraumatic Stress Disorder.» *Journal of Abnormal Psychology*, 2007: 116(3), 607–611.
30. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. “Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults”. *Arch Gen Psychiatry*. 1991 ;48(3):216-22.
31. Breslau N, Peterson EL, Schultz LR. “A second look at prior trauma and the posttraumatic disorder effects of subsequent trauma”. *Archives of General Psychiatry*. 2008; 65(4):431–437.
32. Breslau N, Peterson EL. “Assaultive violence and the risk of posttraumatic stress disorder following a subsequent trauma”. *Behav Res Ther*. 2010;48(10):1063-6.
33. Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C. et Andreski, P. « Trauma and posttraumatic stress disorder in the Community. The 1996 Detroit Area Survey of Trauma.» *Archives of General Psychiatry*, 1998: 55, 626-632.
34. Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.O. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
35. Brewin, CR. Risk factor effect sizes in PTSD: what this means for intervention. *J Trauma Dissociation* 123-130 (2005).
36. Briole G., Lebigot F., Lafont B., Favre J.-D., Vallet D. Historique, évolution des idées. In : CPNLF dir. *Le traumatisme psychique : rencontre et devenir*. Paris : Masson ; 1994. p. 15-40.
37. Brunet A, ST-Hilaire A, Jehel L et al . Validation of a French version of the Impact of Event Scale-Revised. *Can J Psychiatry* 2003 ; 48 : 56-61.

38. Brunet, A., & Boyer, R. (1995, May). Evaluation de la version française auto-administrée du PTSD-I [Evaluation of the French self-report version of the PTSD-I]. Paper presented at the 4th European Conference on Traumatic Stress, Paris.
39. Bryant, RA., & Guthrie, RM. (2007). Maladaptive self-appraisals before trauma exposure predict posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 812-815.
40. Carlier I., Lambert R. et Gersons B. Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: a prospective analysis. *Journal of nervous and mental disease* 185, 1997. In : DE CLERCQ M., LEBIGOT F. (2001), *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson.
41. CHaffai -Salhi H Lecture de l'itinéraire de Frantz Fanon à travers son expérience psychiatrique. In *Traumatisme psychique et pratique de soin*. Vol 1. *Revue Pratique Psychologique*, N° 2-3/2003, INSP.
42. Charles É, Garand L, Ducrocq F, Clément J. État de stress post-traumatique chez le sujet âgé. *Psychologie et NeuroPsychiatrie du Vieillissement*. 2005 ;3(4):291-300.
43. Charney, D. S., Grillon, C. & Bremner, J. D. Review: The Neurobiological Basis of Anxiety and Fear: Circuits, Mechanisms, and Neurochemical Interactions. *Neuroscientist* 4, 35-44 (1998).
44. Chen C., Wong J., Lee N. et coll. The Shatin community mental health survey in hong : II Major findings. *Arch Gen psychiatrie* 50, 1993. In : DE CLERCQ M., LEBIGOT F. (2001), *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson.
45. Chidiac, N., et Crocq, L. (2010). Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations Historiques. *Annales Médico-Psychologiques*, 168, 311-319. *Comportements dans les catastrophes de guerre et de paix*; 1986; Symposium de l'OTAN; 1986. p. 218-28.
46. Clervoy P, Balaire C, Garrabe E. États de stress post traumatiques (ESPT): éléments d'information (clinique - DAPIAS). *Médecine et armées*. 2010;38(4):381-3.
47. Cottencin O. Les traitements du psychotraumatisme. *Stress et trauma*. 2009 ; 9 (4) : 241- 244.
48. Crocq L. Histoire du debriefing. *Pratiques Psychologiques*. 2004;10(4):291-318.
49. Crocq L. L'approche cathartique. *Revue francophone du stress et du trauma*. 2003;3(1):15-24.
50. Crocq L. *Les Traumatismes psychiques de guerre*. Odile Jacob. 1999.

51. Crocq L. L'intervention immédiate. *Le journal des psychologues*. 2004;214:50-5.
52. Crocq(25), L. et De Verbizier, J. (1989). Le traumatisme psychologique dans l'oeuvre de Pierre Janet. *Annales Médico-Psychologiques*. 147, 983-987.
53. Crocq, L. (2001). Perspectives historiques sur le trauma. In : M. De Clercq et F. Lebigot (Eds.), *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson, 23-64.
54. Crocq, L. (2007). *Traumatismes psychiques : prise en charge psychologiques des victimes*. Masson Issy-les-Moulineaux.
55. Crocq, L. Prise en charge des syndromes psychotraumatiques dans l'Histoire, In Vaiva, G., Lebigot, F., Ducrocq, F., et Goudemand, M. (2005). *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*. Masson : Paris.
56. De Clercq M, Lebigot F. *Les traumatismes psychiques*. Paris: Editions Masson; 2001.
57. Dorfel, D., Rabe, S., & Karl, A. (2008). Coping strategies in daily life as protective and risk factors for post traumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Journal of Loss and Trauma*, 13,422-440.
58. Ducrocq F., Vaiva G. Epidémiologie des troubles post-traumatiques. In : Jehel L., Lopez G., et al. dir. *Psychotraumatologie : évaluation, clinique, traitement*. Paris : Dunod ; 2006. p. 1-11.
59. Dyregrov A. The process in psychological debriefing *Journal of Traumatic Stress*. 1997 ; 10(4):589-606.
60. Fanon F. *les damnés de la terre* .Ed Maspero, 1961.
61. Fenichel O. *La théorie psychanalytique des névroses*. 1945. Traduction Française, PUF, Paris, 1953.
62. Ferenczi, S. (1918), *Psychanalyse des névroses de guerre*, trad. fr. In *Oeuvres complètes*, Paris : Payot, 1974, tome III, p. 26-43.
63. Ferenczi, S. (1931-1932). *Réflexions sur le traumatisme*. In *Psychanalyse IV*. Paris : Payot, 1982, 139-147.
64. Ferenczi, S. (1932). *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion*, In *Psychanalyse IV, Oeuvres complètes : 1927-1933*. Paris : Payot (édition 1982), 125-135.

65. Fontana, A., Schwartz, L.S., & Rosenheck, R. (1997). Posttraumatic stress disorder among female Vietnam veterans: A causal model of etiology. *American Journal of Public Health*, 87(2), 169-175.
66. Freud S, Breuer J. *Etudes sur l'Hystérie* (1895), précédées de *Communication préliminaires* (1893). Paris: PUF (1953); 1953.
67. Freud S. *Au delà du principe de plaisir*. Paris: PUF; 1920.
68. Friedman, M.J., Schnurr, P.P., Sengupta, A., Holmes, T., & Ashcraft, M. (2004). The Hawaii Vietnam Veterans Project: Is minority status a risk factor for posttraumatic stress disorder? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(1), 42-50.
69. Fullerton C.S., McCarroll J.E., Ursano R.J et coll. Psychological responses of rescue workers : Fire fighters and trauma. *American journal of orthopsychiatry* 62,1992. In DE CLERCQ M., LEBIGOT F. (2001), *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson.
70. Gabriel, R., Ferrando, L., Sainz Corton, E., Mingote, c., Garcfa-Camba, E., Liria, A.F., & Galea, S. (2007). Psychopathological consequences after a terrorist attack: An epidemiological study among victims, the general population, and police officers. *European Psychiatry*, 22, 339-346.
71. Guay S, Marchand A. *Les troubles liés aux évènements traumatiques : dépistage, évaluation et traitements*. Les presses de l'Université de Montréal; 2007.
72. Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress*, 19(3), 327-338.
73. Herman J. *Trauma and recovery : The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New-York : Basic Books; 1997.
74. Hytten K. et coll. *Fire fighters : a study of stress and coping*. *Acta psychiatrica scandinavica* 355, 1989. In : DE CLERCQ M., LEBIGOT F. (2001), *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson.
75. Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris : Félix Alcan.
76. Janet, P. (1909). *Problèmes psychologiques de l'émotion*. *Revue Neurologique*, 17, 1551-1687.
77. Janet, P. (1911). *L'état mental des hystériques*. Paris : Félix Alcan.

78. Jehel L., Duchet C., Paterniti S., Consoli S.-M., Guelfi J.-D. Etude prospective de l'état de stress post-traumatique parmi des victimes d'un attentat terroriste.
79. Jehal L., Louville P., Paterniti S. et coll. Retentissement psychologique du stress professionnel dans un SAMU. *Jour 4*, 1999. In : DE CLERCQ M., LEBIGOT F. (2001), *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson.
80. Jenkins, S.R. (1997). Coping and social SUPPORT among emergency dispatchers: Hurricane Andrew. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12(1),201-216.
81. Joseph SA, Brewin CR, Yule W, Williams R. Causal attributions and psychiatric symptoms in survivors of the Herald of Free Enterprise disaster. *Br J Psychiatry*. 1991 Oct;159:542-6.
82. Jourdan-Ionescu, C. (2001). Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience. *Revue québécoise de psychologie*, 22(1), 163-186.
83. Jovanovic, A.A., Aleksandric, B.V., Dunjic, D., & Todorovic, V.S. (2004). Family hardiness and social SUPPORT as predictors of post-traumatic stress disorder. *Psychiatry, Psychology and Law*, 11(2),263-268.
84. Juillet P. *Psychiatrie militaire*. Ed Masson 1969.
85. Kardiner A, Spiegel H. *War stress and neurotic illness*. New York: P.B. Hoeber inc; 1947.
86. Kardiner A. *The traumatic neuroses of War*. Washington: Psychosomatic Medicine Monograph II-III, National research Council; 1941.
87. Kessler RC. "Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society". *J Clin Psychiatry*. 2000; 61 Suppl 5:4-12; discussion 13-4.
88. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. et Nelson, C. B. « Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey.» *Archives of General Psychiatry*, 1995: 52,1048- 1060.
89. Kessler, R.C., Berglund, P., Dernier, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E. «Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.» . *Archives of General Psychiatry*, 2005 a: 62,593-603.
90. Kessler, R.C., Chiu, W.T., Dernier, O., Walters, E.E. «Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.» *Archives of General Psychiatry*, 2005 b: 62,617-627.

91. Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E, Amick-McMullan, A., Best, CL, Veronen, L.J., & Resnick, H.S. (1989). Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 199-214.
92. King, D. W., D. S. Vogt et L. A. King, Risk and resilience factors in the etiology of chronic posttraumatic stress disorder, in *Early intervention for trauma and traumatic loss*, B. T. Litz. 2004, Guilford Press: New York. p. 34-64.
93. Koshes J, Rowe RB. Psychiatric debriefing following operation desert Shield/Storm. *The Journal of US Army Medical Department*. 1992;8:14-8.
94. Lacan J. Séminaire livre X, L'angoisse (1962-1963). Paris; 2004.
95. Laplanche J., et Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France.
96. Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
97. Lebigot, F. (1997). La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle. *Annales Médico-Psychologiques*, 155, 370-378.
98. Lebigot, F. (2001). Répercussions psychiatriques et psychologiques immédiates, In *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson, p. 93-1001.
99. Lebigot, F. (2002). L'effroi du traumatisme psychique : Le regarder en face ou s'en protéger. *Revue Francophone du stress et du trauma*, 2, 139-146.
100. Lebigot, F. Le tramatisme psychique. In Vaiva, G., Lebigot, F., Ducrocq, F., et Goudemand, M. (2005). *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*. Masson, Paris.
101. Lebigot F. Le debriefing individuel du traumatisé psychique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrie*. 1998;156(6):417-20.
102. Ledoux, J.E. Emotional memory: in search of systems and synapses. *Ann N Y Acad Sci* 702, 149-157 (1993).
103. Lensvelt-Mulders, G., van der Hart, O., van Ochten, LM., van Son, M.J.M., Steele, K., & Breeman, L. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1138-1151.
104. Lindal E., Steffansson J.H. The lifetime prevalence of anxiety disorder in Iceland as estimated by the US National Health Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 88, 1993. In: DE CLERCQ M. et LEBIGOT F. *Les traumatismes psychiques*. Coll. *Medecine et Psychologie*. Ed. Masson, Paris, 2001.

105. Long N., Vincent C. et Chamberlain K. The impact of the Bosnian conflict on the health of New Zealanders. *N.Z Med* 108, 1995.
106. Mac Farlane A.C. et DE Girolamo G. The nature of stressors and epidemiology of posttraumatic reaction. In Vander Kolka B.A., Mac Farlane A.C. et Weisaeth L. *Traumatic Stress* 1 (596), 1996. In: DE CLERCQ M. et LEBIGOT F. *Les traumatismes psychiques*. Coll. *Medecine et Psychologie*. Ed. Masson, Paris, 2001.
107. Marchand, A. et P. Brillon, Le trouble de stress post-traumatique, in *Les troubles anxieux : Approche cognitive et comportementale*, R. Ladouceur, A. Marchand, J.-M. Boisvert. 1999.
108. Marmar, C. R., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Delucchi, K., Best, S., & Wentworth, M. (1999). Longitudinal course and predictors of continuing distress following critical incident exposure in emergency personnel. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 15-22.
109. Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T.J., Ronfeldt, H.M., & Foreman, C. (1996). Stress responses of emergency services personnel to the Loma Prieta earthquake interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *Journal of Traumatic Stress*, 9(1), 63-85.
110. Marmar, C.R., Weiss, O.S., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Jordan, B.K., Kulka, R.A., et al. (1994). Peritraumatic dissociation and post-traumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, 902-907.
111. Marshall SLA. *Men under fire: the problem of battle command in future war*. New-York; 1947.
112. Marshall, R.D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M., et Struening, E.L. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1467-1473.
113. Martin, A., Marchand, A. (2003). Prediction of posttraumatic stress disorder: Peritraumatic dissociation, negative emotions and physical anxiety among frenchspeaking university students. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(2), 49-63.
114. Mitchell JT. When disaster strikes...the critical incident stress debriefing process. *Jems*. 1983 Jan;8(1):36-9.
115. Mitchell, M., A current view from the UK on post incident care: "debriefing", "defusing" and just talking about it., in *Police Trauma: Psychological aftermath of civilian combat* J. M. Violanti, D. Paton. 1999, Charles C. Thomas: Springfield, IL. p. 255-267.
116. Moos, R. (1990). *Coping Responses Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Stanford University and Department of Veterans Affairs Medical Center.

- 117.Nehmé A DF, Vaiva G. Les debriefings psychologiques dans la prévention des syndromes psychotraumatiques. *Revue de la littérature. revue francophone du stress et du trauma.* 2004;4(4).
- 118.Neria Y., Salomon Z. et Dekel R. An eighteen-Year follow-up study of israelis prisoners of war and combat veterans. *Journal of Nervous and mental Disease* 186 .1998. In : DE CLERCQ M., LEBIGOT F. (2001),*Les traumatismes psychiques*, Paris,Masson.
- 119.O'Brien L.S et HUGHES J . Symptoms of post traumatic stress disorder in Falklands veterans five years after the conflict. *British journal of psychiatry* 159,1991. In : DE CLERCQ M., LEBIGOT F. (2001),*Les traumatismes psychiques*, Paris,Masson.
- 120.O'Toole, B.I., Marshall, R.P., Schureck, R.J., & Dobson, M. (1999). Combat, dissociation, and posttraumatic stress disorder in Australian Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 12(4),625-640.
- 121.O'Toole, B.L, Marshall, R.P., Schureck, R.J., & Dobson, M. (1998). Risk factors for posttraumatic stress disorder in Australian Vietnam veterans. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32,21-31.
- 122.Ozer, E.J.,Best,S.R.,Lipsey,T.L.etWeiss,D.S. «Predictors of post traumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis.» *Psychological Bulletin*, 2003: 129 (1), 52-73.
- 123.Pavlov I. *Conditioned reflex.* Oxford: Oxford University Press; 1927.
- 124.Perconte S. T., Wilson A. T., Pontius G.B., Dietrick A. L., et Spiro K.J. Psychological and war stress symptoms among deployed and non-deployed resservists following the Persian Gulf war. *Mill Med*, 158,1995 . In: Briole G. Lebigot F. et Lafon B. *Psychiatrie militaire en situation opérationnelle. Collection scientifique de la revue medecine et armées de la société Française de medecine des armées.* 1998.
- 125.Perkonig A., Kessler R. C et Storz S. Traumatic events and post traumatic stress disorder in the community : prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 101, 2000 . In : DE CLERCQ M., LEBIGOT F. (2001),*Les traumatismes psychiques*, Paris,Masson,
- 126.Piaget J. *La naissance de l'intelligence chez l'enfant.* Neuchatel: Delachaux & Niestlé; 1936.
- 127.Pietrzak, R.H., Goldstein, R.B., Southwick, S.M., et Grant, B.F. (2010). Personality disorders associated with full and partial posttraumatic stress disorder in the U.S. population: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 678-686.

128. Port C, Engdahl B, Frazier P. A longitudinal and retrospective study of PTSD among older prisoners of war. *American Journal of Psychiatry*. 2001; 158(9):1474-1479.
129. Prieto N., Rouillon F. Importance de l'enjeu en termes épidémiologiques. In: Vaiva G., Lebigot F., Ducrocq F., Goudemand M. dir. *Psychotraumatismes: prise en charge et traitements*. Paris: Masson; 2005. p. 9-14.
130. Raphael B. *When disaster Strikes*. New York; 1986.
131. Regehr, c., Hill, J., Knott, T., & Sault, B. (2003). Social support, self-efficacy and trauma in new recruits and experienced firefighters. *Stress and Health*, 19, 189-193.
132. Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders, B.E., & Best, c.L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 984-991.
133. Ridouh Bachir, Mohammed Chakali, « Fanon et le psychotraumatisme », *VST – Vie sociale et traitements* 2006/1 (no 89), p. 65-70.
134. Roussy G, Lhermitte J. *Psychonévroses de guerre*. Paris: Masson; 1917.
135. Schnurr, P.P., Ford, J.D., Friedman, M.J., Green, B.L., Dain, B.J., et Sengupta, A. (2000). Predictors and outcomes of posttraumatic stress disorder in World War II veterans exposed to mustard gas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 258-268.
136. Schnyder, U., Moergeli, H., Klaghofer, R., et Buddeberg, C. (2001). Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims. *American Journal of Psychiatry*, 158, 594-599.
137. Selye J. *The stress of life*. New York: McGraw Hill; 1986.
138. Semaoune B. *Violence et urgences psychiatriques en milieu militaire. Thèse pour le diplôme de docteur en sciences médicales* (2003).
139. Shalev A. *Debriefing following traumatic exposure*. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
140. Sharkansky, E.1., King, D.W., King, L.A., Wolfe, J., Erickson, D.1., & Stokes, L.R. (2000). Coping with Gulf War combat stress: Mediating and moderating effects. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 188-197.
141. Simmel E. *Kriegs-Neurosen und Psychisches Trauma. Ihre gegenseitigen Beziehungen dargestellt auf Grund psycho-analytischer, hypnotischer Studien*. Munchen-Leipzig: Otto Nernich; 1918.

142. Sokol R. treatment of victims in hostage situations, in the USAREUR stress management team. *Comportements dans les catastrophes de guerre et de paix*; 1986; Symposium de l'OTAN; 1986. p. 218-28.
143. Solomon 15 EP, Heide KM. Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of psychological Trauma *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 1999;43:202-10.
144. Sutker P. B., Uddo M., Davis J. M. et Ditta S.R. War zone stress, personal resources, and PTSD in Persian Gulf war reterness. *J Abnorm*, 10, 1995.
145. Targowla R. La pathologie neuro-psychique post-concentrationnaire. Rapport de psychiatrie, Congrès international La pathologie des déportés, Paris, 4-5 octobre 1954, comptes rendus. Paris: RMF; 1954. pp. 177-189.
146. Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry.* 1991 Jan;148(1):10- 20.
147. Tichenor, v., Marmar, CR., Weiss, D.S., Metzler, T.L, & Ronfeldt, H.M. (1996). The relationship of peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: Findings in female Vietnam theater veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 1054-1059.
148. Vaiva, G. et al. Neurobiologie des états de stress post-traumatiques in Vaiva, G. et al. *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements* 24-33 (Masson : 2005).
149. Vaiva, G. et al. Prevalence of trauma-related disorders in the French WHO study: Santé Mentale en Population Générale (SMPG). *Encephale* 34, 577-583 (2008).
150. Vaiva, G., Brunet, A., Lebigot, F., Boss, V., Ducrocq, F., P. Goudemand, M. (2003). Fright (effroi) and other peritraumatic responses after a serious motor vehicle accident: prospective influence on acute PTSD development. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 395-401.
151. Vaiva, G., Ducrocq, F., Cottencin, O., Goudemand, M., et Thomas, P. (2000). Immediate fright reaction: an essential criterion in the development of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 939.
152. Ward W. psychiatric comorbidity in Australian veterans of United Nations peacekeeping force in Somalia. *New Zeland medical journal* 31, 1997. In DE CLERCQ M., LEBIGOT F. (2001), *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson.
153. Wilcox HC, Storr CL, Breslau N . «Posttraumatic stress disorder and suicide attempts in a community sample of urban american young adults. » *Arc Gen Psychiatry.* ,2009: 66 (3), 305-11.

154. Winnicott D-W. *Objet transitionnels et phénomènes transitionnels*. Paris :Gallimard ; 1969.
155. Xie P, Kranzler H, Poling J, Stein M, Anton R, Brady K, et al. Interactive effect of stressful life events and the serotonin transporter 5-HTTLPR genotype on posttraumatic stress disorder diagnosis in 2 independent populations. *Archives of General Psychiatry*. 2009 ;66(11):1201-1209.
156. Yehuda, R. Neuroendocrine aspects of PTSD in Steckler, T., Kalin, N.H. & Reul J.M.H.M. *Handbook of Stress and the Brain. Part 2 Stress: Integrative and Clinical Aspects* 251-272 (Elsevier: 2005).
157. Zeiss, R., & Dickman, H. (1989). Incidence and person-situation correlates of former POWs. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 80-87.

ANNEXES

ANNEXE 1

LE QUESTIONNAIRE

A/ DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES :

Date :

Non :

Unité :

N° de l'enregistrement :

-Age :

Sexe :

Situation maritale :

Célibataire

Marié

Divorcé

Veuf

- Niveau d'instruction :

Non scolarisés

Primaire

Secondaire

Supérieur

- Perte des parents :

Les deux

Un parent

Non

- Perte de conjoint :

Oui

Non

- Nombre d'enfant :

Pas d'enfants

1 à 2 enfants

3 à 4 enfants

> À 4

• Nombre de fratrie : rang de fratrie :

• catégorie militaire

Réserviste

Contractuel

D'active

• Grade :

Djoundi

Sous-officier

Officié

Off sup

• Années de service :

1-7

8-15

16-25

Plus de 25

B/ ANTECEDENTS :

• Antécédents psychiatriques personnels :

Oui

Non

• Antécédent personnel d'hospitalisation psychiatrique :

Oui

Non

• Nature de la maladie si Antécédent psychiatrique :

Trouble anxieux

Trouble de l'humeur

Schizophrénie

Paranoïa

Psychose aiguë

Autres

• Antécédents familiaux de consultation psychiatrique :

Oui

Non

• Antécédents familiaux de suivi psychiatrique :

Oui

Non

- Usage de substances :

Oui

Non

- Si oui :

Abus

Dépendance

Occasionnels

- si oui les quels :

Cannabis

Psychotropes

Solvants

Alcool

Autres

- ATCD d'événements traumatiques à l'enfance

Oui

Non

- personnalité pathologique :

Oui

Non

- si oui laquelle :

Histrionique

Dépendante

Obsessionnelle

Évitante

Borderline

Autres

- Notion d'événements traumatiques durant l'année écoulée.

Oui

Non

C-L'ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE :

- nature de l'événement traumatique :
 - Explosion d'un engin
 - Traumatisme par arme à feu
 - Catastrophe naturelle
 - Autre
- caractéristiques de l'événement traumatique :
 - Menace de mort
 - Témoin de la mort
 - Blessure grave ou intégrité physique affectée
 - Menace de blessure grave
- vécu pendant ou immédiatement après l'événement traumatique :
 - Impuissance
 - Horreur
 - Peur
 - Colère
 - Honte
 - Culpabilité
 - Effroi
- Episode dissociatif au moment du traumatisme
 - Oui
 - Non
- durée subjective de l'événement traumatique :
 - Courte
 - Lente
 - Non précisée
- Atteinte physique lors de l'événement traumatique :
 - Oui
 - Non
- si oui laquelle :
 - Cutanées
 - ORL
 - Orthopédique
 - Ophtalmique

Autre :....

- motif de la consultation :
 - Anxiété
 - Manifestations dépressives
 - Trouble du comportement ; retrait, isolement, irritabilité
 - Troubles des conduites
 - Troubles du sommeil
 - Autre.....

- période de latence :
 - Une heure-un jour
 - Un jour –un mois
 - Un mois-03 mois
 - Plus de 03 mois

- soutien social perçu :
 - Oui
 - Non

- conduite tenue à la première consultation :
 - Hospitalisation
 - Prise en charge en ambulatoire

- L'évolution :
 - Apres 01mois : Amélioration aggravation état stationnaire
 - Apres 03mois : Amélioration aggravation état stationnaire
 - Apres 06 mois : Amélioration aggravation état stationnaire
 - Apres 12mois : Amélioration aggravation état stationnaire

- DMM :
 - Convalescence
 - CLD
 - Reprise de travail
 - Inapte

ANNEXE 2

L'ÉCHELLE D'HOROWITZ Impact of Events Scale- revisited (IEC-R)

Version Française

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un évènement stressant. Veuillez lire chaque énoncé et indiquer à quel point vous avez été bouleversé (e) par chacune de ses difficultés au cours des 07 derniers jours en ce qui concerne Dans quel mesure avez-vous été affecté (e) ou bouleversé (e) par ces difficultés ?

Au cours des 7 derniers jours	0 : Pas du tout 1 : Un Peu 2 : Moyennement 3 : passablement 4 : Extrêmement
1- Tout rappel de l'évènement ravivait mes sentiments en rapport avec celui-ci	
2- Je me réveillais la nuit	
3- Différentes choses m'y faisaient penser	
4- Je me sentais irritable et en colère	
5- Quand j'y repensais	
6- Sans l'impression que rien né	
7- J'avais l'impression que rien n'était vraiment arrivé au que ce n'était pas réel	
8- Je me suis tenu (e) loin de ce qui m'y faisait penser	
9- Des images de l'évènement surgissaient dans ma tête	

10-	J'étais nerveux (se) et je sursautais facilement	
11-	J'essayais de ne pas y penser	
12-	J'étais conscient (e) d'avoir encore beaucoup d'émotion à propos de l'événement mais je n'y ai pas fait face	
13-	Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés	
14-	Je me sentais et je régissais comme si j'étais encore l'événement	
15-	J'avais du mal à m'endormir	
16-	j'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement	
17-	j'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	
18-	j'avais du mal à me concentrer	
19-	ce que rappelait l'événement causait des réactions physiques telles que sueurs difficultés à respirer aux palpitations	
20-	j'ai rêvé à l'événement	
21-	j'étais essayé de ne pas en parler	
22-	j'ai essayé ne pas en parler	

Traduction Française et adaptation : Alain Brunet et al. 2003

ANNEXE 3

FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT ECLAIRÉ

Participation à une recherche

De : Mr, Mme, Mlle

Nom :

Prénom :

Adresse :

Le Docteur BENREDJEM Yassine **maître assistant à l'hôpital militaire Régional universitaire de Constantine**, m'a proposé de participer à une étude intitulée :

Facteurs prédictifs du développement de l'état de stress post traumatique en milieu militaire

A propos de 120 malades consultant à la suite d'un événement traumatique et 120 sujets ayant vécu le même événement non demandeurs de soins.

J'ai reçu **oralement et par écrit** toutes les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt et le déroulement de l'étude, les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles.

J'ai pu poser toutes les questions nécessaires à la bonne compréhension de ces informations et j'ai reçu des réponses claires et précises.

J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant entre les informations reçues et ce consentement avant de prendre ma décision.

En foi de quoi, **j'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche.**

Signature de l'intéressé

Résumé :

L'objectif général de cette étude vise à mieux comprendre le développement de l'ÉSPT chez les militaires par une meilleure connaissance des facteurs qui y sont associés. Plus spécifiquement consiste à évaluer et identifier auprès des militaires les prédicteurs qui augmentent leur vulnérabilité à développer un ESPT ainsi que les facteurs de protection qui facilitent leur adaptation à la suite d'un ou de plusieurs ET.

Nous présentons une étude portant sur deux groupes : un groupe de 120 militaires ayant subi un événement traumatique et ont présenté des signes de réaction de stress aigu, qui ont justifié une orientation au service de psychiatrie ou aux urgences de l'hôpital (HMRUC). L'autre groupe, concerne 120 militaires, ayant subi les mêmes événements traumatiques, mais n'ont présentés aucun trouble justifiant leur orientation à l'hôpital.

Dans notre étude, la modulation des symptômes d'ÉSPT se trouve agrégée à certains facteurs prétraumatiques, à des facteurs péritraumatiques et post-traumatiques.

Abstract:

The overall objective of this study is to better understand the development of PTSD in the military through a better understanding of the factors associated with it. More specifically, it evaluates and identifies predictors who increase their vulnerability to developing PTSD and the protective factors that facilitate their adaptation to one or more traumatic events.

We present a study of two groups: a group of 120 soldiers who suffered a traumatic event and showed signs of acute stress that justified referral to the psychiatric department or hospital emergency department (HMRUC). The other group consisted of 120 soldiers who had undergone the same traumatic events but did not present any disorder justifying their orientation in the hospital. In our study, the modulation of PTSD symptoms is aggregated to certain pre-traumatic factors, peritraumatic and post-traumatic factors.

Mots clés : état de stress post traumatique, événement traumatique, facteurs prédictifs, milieu militaire.