



DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Quelle(s) psychothérapie(s) pour les sujets psychotraumatisés ? De la théorie à la pratique

What psychotherapy for what type of traumatized subject? From theory to clinical practice

Yann Auxéméry

Service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique, hôpital d'instruction des armées Percy, 101, avenue Henri-Barbusse, 92140 Clamart cedex, France

Disponible sur Internet le 15 mars 2016

Résumé

En nous basant sur les facteurs communs du traitement psychothérapeutique des troubles post-traumatiques évoqués dans le premier article de ce dossier, nous nous proposons de développer les principes de la prise en charge psychothérapeutique des sujets psychotraumatisés. Notre exposé ne fera donc ici nullement référence aux Écoles théoriques (comportementales, cognitives, psychanalytiques et autres...) mais s'intéressera aux déterminants thérapeutiques destinés à apaiser les troubles psychiques post-traumatiques lors des phases immédiates (*defusing*), post-immédiates (*débriefing*), et différées. © 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Basing ourselves on the common factors of psychotherapeutic treatment of post-traumatic stress disorder mentioned in the first article of this folder, we intend to develop the principles of the treatment. Our paper will therefore have no reference to theoretical schools (behavioral, cognitive, psychoanalytic and others...) but will look at therapeutic determinants to appease the psychic post-traumatic disorders with defusing, debriefing and psychotherapy. © 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Mots clés : Cas clinique ; Continuité des soins ; Débriefing ; Prise en charge ; Syndrome post-traumatique ; Traumatisme psychique ; Urgence médico-psychologique

Keywords: Care management; Clinical case; Continuity of care; Debriefing; Post-traumatic stress disorder; Medico-psychological emergency; Psychological trauma

I. INTRODUCTION

Après les attentats du 13 novembre 2015, il nous est apparu opportun de détailler les différents temps spécifiques de l'approche psychothérapeutique des personnes confrontées à un événement potentiellement traumatique afin de mettre en

exergue la nécessité de pouvoir assurer, au-delà de l'urgence, une continuité des soins.

En nous basant sur les facteurs communs des différents types de psychothérapie évoqués dans le premier article de ce dossier de FMC, nous nous proposons de développer les principes de la prise en charge des patients psychotraumatisés. Notre exposé ne fera donc ici nullement référence aux écoles théoriques (comportementales, cognitives, psychanalytiques et autres...) mais s'intéressera aux déterminants thérapeutiques destinés à

Adresse e-mail : yann.auxemery@hotmail.fr.

apaiser les troubles psychiques post-traumatiques lors des phases immédiates (*defusing*), post-immédiates (*debriefing*), et différées [1,2].

2. DANS LES PREMIÈRES 24 HEURES : L'ACCUEIL DE CELUI QUI A CONNU LE PIRE

Claire est une infirmière en début de carrière qui a participé à la prise en charge d'un afflux massif de blessés graves avec plusieurs enfants dont certains décéderont, et notamment l'un dans les suites d'une thoracotomie de sauvetage. Du fait d'un isolement important, et même d'un quasi-mutisme dans les suites immédiates de cet événement, Claire est adressée dans les heures suivantes à la consultation du psychiatre par sa cadre. Il est difficile pour Claire de s'extraire des sensations de l'événement qu'elle vient de vivre. Une charge anxieuse est majeure. Peu à peu, le contact s'établit au cours de l'entretien, comme si Claire se réveillait partiellement de l'événement qu'elle venait juste de traverser.

Dans l'immédiat, c'est-à-dire dans les minutes et les heures suivant une exposition à un événement potentiellement psycho-traumatique, les soins médico-psychologiques s'organisent idéalement selon les principes de Salmon, issus de la psychiatrie de l'avant en période de guerre.

Immédiateté est le premier d'entre eux : les patients impliqués doivent être reçus rapidement. Soit les soignants se déplacent près du site du drame, soit les personnes impliquées sont acheminées vers le lieu de consultation.

Proximité est donc le deuxième principe qui découle du précédent. Le lieu d'accueil du patient doit obéir à certaines règles évidentes, mais que nous souhaitons rappeler, tant le bon sens peut faire défaut lors d'intervention dans un contexte particulièrement difficile, surtout lorsque l'événement bouleverse toute une organisation sanitaire et sociale, au moins localement. Ainsi, le lieu d'accueil doit être bien sécurisé, dans une zone sans passages intempestifs, à l'abri des regards des passants. Aussi chaleureux que possible, même s'il s'agit d'un abri de fortune ou d'un local ayant habituellement une autre fonction, soulignons la nécessité d'une bonne intendance (chauffage suffisant, nourriture et boissons à disposition, accessibilité à des sanitaires). En proposant un retour à « une vie normale », ce cadre participe à marquer la fin de l'événement.

Simplicité des moyens mis en œuvre est le troisième principe. Les moyens thérapeutiques, concernant autant l'approche relationnelle que les prescriptions pharmacologiques éventuelles, doivent, à ce stade, rester élémentaires tout en étant adaptés à chaque patient rencontré. Les réactions psychiques sont très diverses, parfois fluctuantes, pouvant associer torpeur, sidération, hébétude, agitation, excitation psychique, crises d'angoisses, perceptions atypiques de déréalisation et/ou de dépersonnalisation. . .

La « psychothérapie » a-t-elle ici une place ? Si une restauration de la parole possède déjà en immédiat des effets bénéfiques sur le fonctionnement du patient, nous ne sommes pas encore dans le cadre d'une psychothérapie organisée et planifiée suite à une demande de soins. L'enjeu est de créer une rencontre avec la personne blessée. Certains auteurs parlent de « ventilation » ou de « déchoquage » afin de traduire de

manière littérale le « *defusing* » anglo-saxon, terme construit à partir de celui de « *debriefing* ».

Comment faire concrètement ? Le soignant doit ici se présenter en donnant son identité et sa fonction (idéalement inscrites sur son badge). Il peut parfois être difficile de capter l'attention et le regard d'un blessé replié dans la torpeur traumatique. Si le patient est déjà submergé par des reviviscences, il convient de le « reconnecter » avec la réalité, l'« ici et maintenant », en lui proposant un café, en lui posant la main sur l'épaule s'il ne répond pas, en l'invitant à s'asseoir avec vous. Redonner des repères clairs sur la notion du temps et les coordonnées du lieu est sécurisant. Il n'existe pas de procédure standardisée, de parole miracle ; au contraire il est parfois nécessaire de pouvoir respecter le silence, les pleurs du patient. Afin de nouer un premier contact à la fois diagnostique et thérapeutique, des questions directes peuvent être posées : « pouvez-vous me dire ce qui vous est arrivé ? », ou encore « qu'est-ce qui s'est passé pour vous, vos proches ? ». Si nous pensons que la parole soigne, aucun « forçage » ne doit être imposé du côté du praticien.

Expectative est le quatrième principe. Le praticien doit veiller à l'évolution de la réaction psychique de chaque personne impliquée. En général dans les premières heures, l'enjeu est de s'assurer de la baisse de la charge émotionnelle, voire de la diminution d'intensité des symptômes présentés qui conditionne la suite du parcours de soins.

Au terme de cette première évaluation, le soignant organisera la prise en charge en fonction des caractéristiques de l'événement, des troubles psychiques éventuels, de l'offre de soins et, surtout, des attentes du patient et de ses soutiens familiaux et/ou amicaux. Le transfert dans un service hospitalier en urgence est rarement nécessaire. Dans la majorité des cas, un retour à domicile sous la vigilance de l'entourage est proposé avec un rendez-vous de consultation les jours suivants. Il paraît préférable pour le patient d'être reçu à nouveau par le même praticien. Lorsque cette possibilité se heurte à des déterminants extérieurs, notamment d'éloignement géographique, il faudra réorienter le patient. Il ne s'agit pas là simplement d'inviter le patient à consulter un confrère : il est préférable d'appeler personnellement, pour obtenir un rendez-vous rapide et transmettre les données médico-psychologiques nécessaires, ce qui ne dispense naturellement pas de rédiger un courrier d'adresse. Le lien doit également être fait avec le médecin traitant du patient, qui pourrait assurer seul la suite de la veille médico-psychologique, notamment en cas de délais trop importants des consultations spécialisées. Dans l'attente de cette deuxième évaluation, un congé maladie bref est souvent nécessaire. Par ailleurs, chaque personne impliquée devra être destinataire d'un certificat médical initial ou d'une attestation psychologique décrivant les circonstances précises de l'événement vécu et les éventuels symptômes aigus. Une information simple du patient et éventuellement de ses proches, sur les conséquences potentielles de l'exposition à un événement traumatique, peut être utile, avec la remise des coordonnées des ressources disponibles (en particulier la Cellule Interministérielle d'Aide aux Victimes).

Ainsi, de l'accueil précoce et de la restauration initiale d'un lien de parole dépendra la possibilité pour le blessé d'engager un suivi médico-psychologique, puis des soins si nécessaire.

Il convient également ici de souligner la notion de prise en charge globale. Il paraît inconcevable qu'un patient blessé physiquement au décours d'un événement grave ne bénéficie pas d'une évaluation et d'une prise en charge psychologique. De la même façon, dans le cadre d'un afflux massif de blessés, le psychologue comme le psychiatre devront rester vigilants à ce que leur patient blessé psychique n'échappe pas à l'attention du praticien somaticien.

Enfin, notons que pour les primo-intervenants, un « débriefing » technique et médico-psychologique est nécessaire.

3. LA PHASE POST-IMMÉDIATE (J2-J10 EN FONCTION DU CONTEXTE) : LE TEMPS DU DÉBRIEFING MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE COLLECTIF ET INDIVIDUEL

Au cours du débriefing médico-psychologique de l'équipe le surlendemain, à aucun moment Claire ne prendra la parole, n'entendant apparemment pas les autres membres du groupe, même lorsqu'ils parlent d'elle.

Claire sera reçue en entretien individuel presque tous les jours pendant une semaine, ce qui permettra de reprendre l'événement avec pour corollaire la diminution des symptômes dissociatifs, et notamment une amnésie partielle. Comme des cauchemars et des écnésies sont présents, un traitement par cyamémazine 15 mg est proposé, de même qu'un arrêt de travail de dix jours. Au cours de cette période, le contact s'améliore nettement et les symptômes s'apaisent rapidement, sans disparaître toutefois complètement. Claire souhaite reprendre ses fonctions, et nous la revoyons encore plusieurs fois avant qu'elle ne parte en vacances.

Nous décrivons ici les soins de débriefing collectif et individuel, destinés à la mise en ordre d'un récit permettant de sortir le sujet de l'isolement mais également, de le singulariser du groupe. Ce temps de réévaluation et de soins s'organise au mieux entre deux et dix jours après l'événement, si possible une fois les rituels sociaux terminés (cérémonies d'hommages militaires ou nationaux, obsèques). Le thérapeute qui intervient doit avoir été spécifiquement formé aux soins post-immédiats et doit bénéficier d'une supervision.

Les contre-indications du débriefing collectif doivent être connues. Si le groupe n'est pas au complet, si une erreur de l'un des membres est suspectée être à l'origine du drame, et plus généralement si des conflits sont présents, un débriefing collectif ne peut pas être réalisé. Ainsi, le praticien préparera d'autant mieux les soins qu'il connaîtra précisément l'événement et le groupe. La recherche d'informations, qui doivent souvent être croisées, est ici fondamentale. Dans l'idéal, un thérapeute mène le groupe alors qu'un co-thérapeute reste plus en retrait, pouvant accompagner l'un des membres qui souhaiterait sortir un instant sous l'effet d'une trop grande charge émotionnelle. Le praticien qui mène le groupe doit favoriser la circulation de la parole, tout en veillant à ce que des

informations trop intimes ne soient livrées. Naturellement, tous les participants sont tenus par la confidentialité.

Il convient d'insister sur le fait que le mot « débriefing » est polysémique. Le débriefing de méthode anglo-saxonne initialement proposé par Mitchell, puis décrié dans plusieurs méta-analyses récentes, est fondamentalement différent du débriefing francophone. Initialement destinée au « briefing » de secouristes qui se rendaient sur les lieux d'un drame, la technique de Mitchell a été secondairement dévoyée de ses objectifs initiaux afin de contrecarrer les effets du stress dans les suites de l'exposition à un facteur anxiogène. Se différenciant nettement des débriefings anglo-saxons, l'approche francophone consiste à la verbalisation spontanée et non planifiée de l'expérience, du vécu émotionnel des faits et des pensées. Le praticien invite puis soutient l'expression du patient non pas en la laissant s'enfermer dans un récit factuel confinant à la répétition, mais en guidant ses mots vers le développement d'une parole productrice de lien entre les perceptions sensorielles, les émotions, les affects, les comportements et les cognitions éprouvés lors du vécu traumatique. Cette verbalisation n'est donc pas le seul récit des faits ou la simple description littérale des ressentis et perceptions qui appartiennent au syndrome de répétition. Lors des débriefings collectifs et/ou individuels, le clinicien accueille la parole du patient en relançant ses associations, en soutenant ses capacités d'expression. Les longs silences n'ont ici que peu de place. Au contraire, les reformulations sont souvent intéressantes pour enrichir le réseau signifiant. Avec son thérapeute, le sujet reprend l'événement afin d'élaborer cette expérience en transformant les perceptions en parole et en comblant, grâce à ses mots, les vides laissés par la dissociation entre les perceptions, les sensations, les émotions, les comportements et les pensées. Les éléments sensoriels, émotionnels, affectifs et cognitifs masqués par l'amnésie dissociative pourront peut-être se libérer, revenir à la conscience, et, avec l'aide du thérapeute, être liés dans une chaîne symbolique. Ainsi, l'unité psychique qui s'était disloquée lors de la dissociation traumatique se rassemble par les liens de la parole.

L'accueil et la restauration de la parole apaisent dans bien des cas, au terme d'un entretien, les symptômes post-traumatiques. Le patient est souvent rassuré par cette première rencontre qui ne préjuge pas de l'évolution ultérieure, mais permet de créer les conditions d'une demande d'aide. Il s'agit, de notre point de vue, de proposer systématiquement ce temps de débriefing à ceux qui ont vécu un événement potentiellement traumatisant.

4. EN DIFFÉRÉ ET À LONG TERME : UNE NÉCESSAIRE CONTINUITÉ DES SOINS PSYCHIQUES

Quelques semaines après son retour, Claire prendra rendez-vous et nous la suivrons mensuellement. La scène traumatique revient initialement au centre des entretiens, même si plus le temps passe, et plus d'autres questionnements et problématiques sont abordés. Claire découvre notamment certains déterminants qui l'ont motivée à s'inscrire dans une profession de soignante, alors qu'elle a été

confrontée, lors de son événement traumatique, à l'échec de son idéal. Si elle ne renie pas sa vocation d'infirmière, elle arrive à prendre du recul vis-à-vis de certains patients, ce qui pense-t-elle, améliore ses capacités humaines dans la relation soignant-soigné. Après environ dix-huit mois de suivi et alors que les symptômes ont intégralement disparu, elle quittera son poste hospitalier pour faire des remplacements dans le cabinet libéral où travaille son jeune fiancé.

En coordination avec le médecin généraliste traitant, les soins de psychologie et/ou de psychiatrie doivent être menés par des praticiens au fait de la clinique psychotraumatique et rompus aux techniques psychothérapeutiques référencées dans ce domaine. Le nombre, le rythme et la durée des entretiens sont adaptés en fonction du tableau clinique, de ses évolutions et des objectifs thérapeutiques. Si l'apaisement du syndrome de répétition reste l'objectif principal du traitement, la prise en charge des comorbidités et/ou des complications ne doit pas être négligée. La grande majorité des psychothérapies durera quelques mois, certaines seront plus longues, d'autres encore pourront être interrompues par des pauses nécessaires.

Reconnaissant la souffrance sans sur-victimiser ou déculpabiliser, le praticien aura à trouver la juste mesure pour mobiliser le sujet sans le confronter de nouveau à la violence de l'instant traumatique. Le clinicien ne doit pas opposer une contre-attitude de dédramatisation défensive de l'événement mais au contraire rester ouvert au ressenti de la subjectivité, sans choir à la tentation d'une fascination partagée.

L'objectif est ici d'offrir un nouvel équilibre psychique plus stable que l'ancien, car la thérapie permet souvent d'appréhender d'autres problématiques parfois éloignées de l'expérience traumatique (assouplissement de dimensions saillantes du fonctionnement de la personnalité, améliorations des relations interhumaines, réflexions sur des problématiques existentielles...). De nouvelles défenses psychiques opérantes se construisent en permettant la restauration des fondements de l'histoire et de l'identité du sujet, en intégrant l'expérience traumatique et ses répercussions, notamment ses constructions réflexives. À ce stade, il nous semble qu'il est thérapeutique de retrouver les impasses symboliques antérieures à l'expérience traumatique, ou, pour le dire plus simplement, les conflits affectifs anciens non résolus de l'enfance et de l'adolescence que l'analyse des rêves et du transfert aide à comprendre. Une problématique ancienne non totalement résolue peut continuer à aggraver les conséquences du traumatisme psychique. D'autres sujets que ceux liés au trauma sont ainsi abordés, comme des maltraitances infantiles, des problèmes de couple ou des difficultés d'adaptation professionnelle. Le sujet renoue ainsi avec sa trajectoire de vie.

5. CONCLUSION

Nous avons décrit dans ce dernier article la progression de la parole, sans faire mention de référentiel théorique à une école de psychothérapie particulière. Les facteurs thérapeutiques spécifiques de la prise en charge efficace des sujets psychotraumatisés font sans doute appel à de multiples mécanismes qui peuvent être modélisés voire théorisés selon des points de vue

psychopathologiques, cognitivo-comportementaux, neurobiologiques et même sociologiques. Les soins aux blessés psychiques restent une pratique pragmatique s'exerçant dans un cadre éthique qui vise à l'apaisement de la souffrance, à la restauration d'un sentiment de sécurité. L'efficacité de la psychothérapie dépend de l'alliance thérapeutique entre le patient et le praticien, et de l'engagement de l'un comme de l'autre dans la durée.

DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊTS

Les positions exprimées dans cet article ne sont que les points de vue des auteurs et ne doivent pas être considérées comme le point de vue officiel du Service de Santé des Armées Français.

RÉFÉRENCES

- [1] Fidelle G, Payen A, Rondier JP. Les blessures psychiques, soins immédiats et post-immédiats. *Rev Francophone Stress Trauma* 2005;5(1):9–14.
- [2] Lebigot F, Damiani C, Mathieu B. Le debriefing psychologique des victimes. In: De Clercq M, Lebigot F, editors. *Les traumatismes psychiques*. Paris: Masson; 2001.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Barrois C. (1988). *Les névroses traumatiques*. Paris : Dunod; 1998 (2^e édition).
- Briole G, Lebigot F, Lafont B, Vallet D. Le traumatisme psychique : rencontre et devenir. Rapport présenté lors de la LXXXII^e session du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris : Masson; 1994.
- Clervoy P. Le syndrome de Lazare. *Traumatisme psychique et destinée*. Paris : Albin Michel; 2007.
- Colas MD, Benslama F, Daudin M. Les « Gueules Cassées », d'une génération à une autre : approche sociologique et psychopathologique des blessures de guerre. *Ann Med Psychol* 2012;170:238–43.
- Crocq L. Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. *Névroses traumatiques, états de stress post-traumatique et autres séquelles*. *Psychologie Médicale* 1992;24:427–32.
- Crocq L. *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob; 1999.
- Lebigot F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*. Paris : Dunod « Psychothérapies », 2^e éd, 2011.
- Lebigot F. La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle. *Ann Med Psychol* 1997;155:522–6.
- Lebigot F, Colas Benayoun MD. Reconnaissance et réparation des blessures psychiques de guerre. *Stress et Trauma* 2004;4:103–11.
- Lôo P, Lôo H, Galinowski A. *Le stress permanent. Réaction-adaptation de l'organisme aux aléas existentiels*. Paris : Masson (3^e éd); 2003.
- Romano H, Crocq L. Événements traumatiques et médias : quelles répercussions pour les sujets impliqués ? *Ann Med Psychol* 2010;168:416–21.