



## Syndrome de stress post-traumatique : clinique et thérapie

### Post-traumatic stress disorders: clinical and therapeutic aspects

D. Cremniter (Praticien hospitalier,  
coordonnateur de l'inter-région Paris-Île-de-France) \*,  
A. Laurent (Psychologue)

*Samu de Paris, cellule d'urgence médicopsychologique, hôpital Necker, 149-161, rue de Sèvres,  
75743 Paris cedex 15, France*

#### MOTS CLÉS

Trauma ;  
Syndrome de  
répétition ;  
Symptômes de retrait ;  
Cellule d'urgence  
médicopsychologique ;  
Débriefing  
psychologique

**Résumé** Le syndrome de stress post-traumatique connaît, à l'heure actuelle, un intérêt croissant compte tenu du développement de la prise en charge des victimes de catastrophes, accidents collectifs, prises d'otages ou accidents à fort retentissement psychologique dans le cadre des cellules d'urgence médicopsychologiques. À la différence des auteurs anglo-saxons, le tableau clinique pour les spécialistes francophones s'articule principalement autour du trauma de façon préférentielle par rapport au stress. Il se caractérise par le syndrome de répétition ou de reviviscence, spécifique de cette pathologie, associé à des manifestations de retrait et des symptômes non spécifiques comme les troubles psychosomatiques ou les troubles de la personnalité. L'intervention thérapeutique s'effectue dans le cadre du système mis en place par les cellules d'urgence médicopsychologiques grâce aux soins immédiats effectués sur place, au contact de l'événement et, de façon plus approfondie, au moyen de l'intervention postimmédiate. Cette intervention psychothérapique précoce comprend notamment la mise en place du débriefing psychologique. Quant aux situations individuelles, elles bénéficient du cadre approprié de la consultation de psychotraumatisme, notamment pour les victimes d'agression et de violence.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

#### KEYWORDS

Trauma;  
Recurrent syndrome;  
Avoidance;  
Emergency traumatic  
center;  
Psychological  
debriefing

**Abstract** Growing attention is actually paid to post traumatic stress disorders, in relation with the development of emergency traumatic centers where victims of disasters or collective accidents, hostages, or victims of events with high psychological consequences may benefit from adapted therapeutic management. French specialists consider the trauma rather than the related stress as the clinical reference. It is essentially characterized by the intrusive syndrome which is specific of such disorders, associated with non specific symptoms such as psychosomatic or personality disorders. The therapeutic intervention is carried out within the organization implemented by the emergency traumatic centers, consisting of immediate interventions in or near the place where the event occurred, and later of a more appropriate psychotherapeutic post-immmediate

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : didier.cremniter@hmn-ap-hop-paris.fr (D. Cremniter).

intervention. Individual victims of aggressions and violence may take opportunity of psychotraumatic consultations.  
© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

## Généralités

La définition du syndrome de stress post-traumatique se réfère à une entité du *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM) reprenant la clinique de la névrose traumatique que nous caractérisons actuellement en France par le syndrome psychotraumatique. Cette entité a connu ces dernières années un regain d'actualité.<sup>1</sup> Devant le nombre important de pathologies psychotraumatiques lourdes chez les vétérans du Vietnam (environ 70 000 sujets touchés sur trois millions de combattants) la psychiatrie américaine se mobilise et organise un système de prise en charge (les centres pour vétérans).<sup>2-4</sup> Durant les années 1980, l'Association américaine de psychiatrie individualise le « *post-traumatic stress disorder* » traduit par syndrome de stress post-traumatique dans sa 3<sup>e</sup> édition du DSM alors qu'auparavant il n'était nullement question de cette clinique.<sup>5</sup> Parallèlement, les catastrophes naturelles et accidentelles, en recrudescence depuis les années 1960, puis l'apparition, dans les pays occidentaux, des phénomènes de terrorisme ont conduit les auteurs anglo-saxons à créer une organisation de prise en charge des victimes d'événements traumatiques. En France, c'est en 1995, lors de la vague d'attentats islamistes, que le système des cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP)<sup>6</sup> se met en place ; il est à l'origine d'une redécouverte de l'intérêt pour la clinique du traumatisme psychique tandis que la thérapie a suscité de nouveaux travaux et de nouvelles pistes de réflexion.

## Clinique du syndrome psychotraumatique

Tout d'abord, il nous semble intéressant de souligner les problèmes posés par l'appellation de syndrome de stress post-traumatique.<sup>7</sup> Lorsque l'on parle de stress post-traumatique, on laisse entendre que le stress est postérieur au trauma et que la symptomatologie est consécutive à la réactivation du stress. Cependant pour les auteurs français, il existe une distinction radicale entre stress et trauma.<sup>8</sup> En effet, le stress est une réaction physiologique, neurologique et hormonale déclenchée à partir du moment où l'individu est exposé à un événement potentiellement traumatique, le stress

est éphémère et sans séquelle.<sup>9</sup> Quant au trauma, c'est une réaction psychologique provoquant des manifestations cliniques caractéristiques du syndrome psychotraumatique.<sup>10</sup> Le trauma est une véritable blessure de l'appareil psychique à l'origine du développement de la pathologie. Lorsqu'il y a trauma, c'est l'image réelle de la mort qui vient faire effraction dans le psychisme et s'y incruste, tel « un corps étranger interne ». Les implications qui en résultent sur le plan thérapeutique sont importantes et le thérapeute agit dans le déroulement de la cure et dans ses interventions thérapeutiques de manière à faire en sorte que cette blessure, ce corps étranger, trouve une forme de résolution au moyen du travail de parole.<sup>11-13</sup>

La clinique des syndromes psychotraumatiques est spécifique et il faut tout d'abord souligner que les manifestations psychotraumatiques ne vont éclore qu'au terme d'un temps de latence, variable selon les individus. Le syndrome psychotraumatique se caractérise par le syndrome pathognomonique de répétition, des symptômes non spécifiques et il comporte également une réorganisation de la personnalité.<sup>14</sup>

## Syndrome de répétition

Le syndrome de répétition se traduit par la reviviscence de l'expérience traumatique vécue lors de l'événement. C'est le noyau spécifique de cette clinique qui réalise, de la façon la plus directe, une forme de retour dans le réel des manifestations qui se sont déroulées lors de l'événement. Cette répétition se produit selon un vécu particulièrement éprouvant en termes d'anxiété, d'angoisse psychique et somatique. Le syndrome de répétition se déclenche selon un très large éventail de possibilités cliniques qui vont de l'expression relativement rare dont le retentissement est minime à la survenue fréquente de manifestations itératives, entraînant des conséquences majeures au niveau de la vie sociofamiliale ou professionnelle. Ces manifestations cliniques surviennent soit spontanément, soit en réponse à un stimulus en lien avec la situation traumatique, comme être à proximité du lieu ou des circonstances de l'événement, être confronté à la médiatisation de l'événement ou rencontrer quelqu'un qui rappelle l'un des protagonistes de l'événement. C'est le cas par exemple d'un enfant victime d'une prise d'otages et qui plus tard mani-

feste des symptômes de reviviscence à l'approche d'un policier dans la rue parce qu'il lui rappelle les terroristes auxquels il a eu affaire.<sup>15</sup>

Venons-en à la nature des manifestations observées lors du syndrome de répétition ou de reviviscence. L'événement va réapparaître sous différentes formes. Le plus souvent, il s'agit d'hallucinations visuelles qui reproduisent une partie ou l'ensemble de la scène. Parfois, les hallucinations sont auditives, la répétition traumatique porte alors sur le bruit perçu lors du moment traumatique. Elles peuvent être cénesthésiques en réponse à une perception corporelle (comme cette patiente ressentant le canon de l'arme appliquée sur son flanc durant une prise d'otages). On observe également la reviviscence par illusion ; elle est différente de l'hallucination en ce sens que le patient superpose l'image provenant du trauma sur une perception effective. Indépendamment des perceptions, le retour sur l'événement peut s'effectuer dans le registre de la pensée au moyen de ruminations portant sur le trauma. Dans d'autres cas, il s'agit d'un « vécu comme si » l'événement allait se reproduire. Signalons par ailleurs les manifestations au cours desquelles c'est le corps qui est concerné par la répétition comme on pouvait l'observer dans les tableaux historiques de ces soldats figés dans une contracture qui les immobilisait sur l'instant du trauma ou encore lors de ces fugues ou mouvements itératifs qui reproduisaient au niveau de l'agir la réponse à la situation traumatique.<sup>16</sup>

Rappelons cependant que dans la pratique, ce sont en priorité les images en flash ou les hallucinations, ainsi que les cauchemars qui illustrent le plus souvent cette répétition autour de l'événement traumatique.<sup>17</sup>

### Symptômes non spécifiques

Parmi les symptômes non spécifiques, on observe des manifestations d'asthénie, physique, psychique et sexuelle, de l'anxiété. Des manifestations névrotiques viennent se greffer sur le syndrome de répétition, qui peuvent intéresser l'ensemble du registre névrotique avec des manifestations hystérisiformes allant jusqu'à la survenue de conversions somatiques. D'autres manifestations font appel au registre obsessionnel lorsque l'idéation est colonisée par un retour prenant les aspects de l'obsession, mais nous insisterons surtout sur les manifestations phobiques qui accompagnent très fréquemment la pathologie psychotraumatique. En effet, ces manifestations, désignées dans la classification américaine par le qualificatif de retrait, expliquent une part essentielle du vécu du traumatisé dans le quotidien de son existence. C'est généralement par rapport aux coor-

données spatiotemporelles de l'événement que s'organise la phobie : il s'agit d'éviter tous les chemins qui se rapprochent du lieu de l'événement ou qui rappellent sa survenue. Ces comportements phobiques peuvent être limités à la situation vécue ou se traduire par un envahissement beaucoup plus généralisé. Tel ce caissier d'un établissement bancaire qui a subi un braquage et qui ne pourra reprendre ses activités qu'à la condition de se trouver à l'écart du poste dans lequel il a subi l'agression. On peut citer également le cas de cette jeune femme coincée dans un ascenseur tandis qu'un incendie se déclarait autour d'elle. Après avoir été sauvée in extremis, elle développa une multitude de comportements phobiques : au début, elle ne pouvait dormir dans un immeuble, à un étage situé au-dessus du premier, puis, dans une phase ultérieure, ses craintes se généralisèrent à tout un ensemble de situations (comme prendre l'autobus, la voiture) pourtant dénuées de danger, mais qui étaient désormais considérées comme une menace directe d'accident pouvant survenir pour elle.<sup>18,19</sup>

À ce propos, on peut discuter la question de savoir si cette symptomatologie relève d'une organisation phobique créée de novo comme s'il s'agissait d'une structure névrotique qui préexistait ou s'il s'agit d'une production traduisant de façon directe l'effet de la blessure traumatique et donc une forme de réponse au trauma. Pour le diagnostic différentiel, il faut souligner l'importance du lien avec l'événement dans la survenue du syndrome, car il marque la différence avec une phobie qui se développe habituellement indépendamment d'une causalité aussi immédiate et accessible.

Parmi les autres symptômes non spécifiques de la pathologie traumatique, les manifestations psychosomatiques ont une grande fréquence. Elles touchent différentes parties du corps. Elles peuvent être dermatologiques, cardiovasculaires, digestives ou se traduire parfois par des maladies auto-immunes, voire un cancer. Ces manifestations sont négligées dans le DSM alors que des populations entières, après un événement traumatique, peuvent développer une pathologie dans ce registre psychosomatique.<sup>20</sup>

Nous citerons également les manifestations dépressives qui résultent du trauma.<sup>21</sup> Si ce registre dépressif est fréquemment observé comme secondaire au restant de la pathologie, il peut se traduire fréquemment par le sentiment d'être comme abandonné par « la communauté des hommes » dans une sensation de « désêtre » fondamental. La symptomatologie dépressive vient souvent renforcer le sentiment de culpabilité si fréquemment observé chez ces patients. Le risque suicidaire n'est pas exclu chez le patient traumatisé comme cela fut

observé chez les vétérans du Vietnam. Ce risque n'apparaît pas lors des phases d'installation de la névrose mais plutôt comme conséquence du vécu de l'état névrotique ou lors d'un moment qui traduit chez le patient l'inscription de son désarroi à un niveau symbolique, favorisant un effondrement de son narcissisme. On peut, à titre d'exemple, citer le cas d'un otage qui, étant parvenu à écrire le récit de sa détention, se suicidera au moment de la parution du livre.

De nombreux traumatisés présentent également des troubles de la conduite. Nous citerons en particulier l'installation de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, comme mode de fixation de l'angoisse, soit lors du syndrome de répétition, soit lors de l'installation des manifestations phobiques. On peut mentionner dans ce registre des troubles liés à une perturbation de la fonction orale comme la boulimie, l'anorexie, les vomissements qui illustrent une forme de fixation à un registre de l'ordre du dégoût, parfois comparable à celui observé lors des manifestations initiales de stress éventuellement dépassé.<sup>22,23</sup>

### Personnalité pathologique

Les modifications de la personnalité peuvent être observées au décours du syndrome psychotraumatique. Il s'agit d'un ensemble de manifestations qui traduisent cet effondrement progressif des supports qui habituellement permettent au sujet d'éprouver cette sérénité qui le protège dans le monde. En cas de traumatisme, l'environnement devient menaçant, dépourvu de sécurité, source d'une inquiétude nouvelle où tout peut arriver. Alexander décrivait les trois registres de blocage des fonctions de filtration, de présence et d'amour, formulation reprise par Crocq.<sup>24,25</sup> L'altération de la fonction de filtration désigne l'impossibilité, pour le patient, de distinguer les signaux habituels de ceux qui sont sources de danger, si bien qu'il ne peut plus faire la part entre ce qui est menaçant et ce qui ne l'est pas, d'où un sursaut permanent au moindre signal. L'altération de la fonction de présence désigne le désinvestissement de toutes les activités habituelles du patient. Le blocage de la fonction d'amour se traduit par le retrait de la vie affective ou amoureuse du traumatisé, son incapacité à aimer, à s'intéresser sur le plan affectif à ceux qui l'entourent.

Plus généralement, ces modifications de la personnalité peuvent prendre de nombreuses formes et traduisent un remaniement des identifications. Telle cette patiente qui, depuis qu'elle s'est trouvée hospitalisée en réanimation à la suite d'un incendie où elle a failli succomber, se désinté-

resse totalement de sa carrière commerciale et financière et s'investit désormais dans tout ce qui de près ou de loin concerne l'action l'humanitaire. Cela montre à quel point ces modifications peuvent toucher en profondeur ce qui auparavant façonnait la personnalité du sujet.<sup>26</sup>

Pour clore ce registre, il est important de noter que les symptômes psychotraumatiques s'expriment de façon extrêmement variable. Les tableaux cliniques peuvent être relativement riches et complets ou, à l'inverse, paucisymptomatiques.<sup>27</sup> Même si ces dernières sont rares en clinique, du fait de leurs répercussions relativement mineures dans la vie du patient, ces modifications n'en demeurent pas moins spécifiques du registre psychotraumatique. Ainsi, tel patient au décours d'un accident de la circulation s'est trouvé saisi par l'effroi si caractéristique de cette pathologie. Il ne développera ni cauchemars, ni syndrome de répétition. Toutefois ne doit-on pas pour autant exclure le diagnostic de syndrome psychotraumatique alors qu'il ressent, dans les jours et semaines qui vont suivre, un profond vécu d'abandon et n'éprouve plus aucun désir. Il évoquera à propos de l'accident qu'il est survenu à la date anniversaire d'une rupture affective qui jusqu'alors ne l'avait pas touché de cette façon.

### Objectifs des soins médicopsychologiques immédiats

#### Aspects préventifs

L'intervention thérapeutique se situe dans un premier temps comme une action préventive. En effet, les soins délivrés par les CUMP qui interviennent en immédiat lors des catastrophes ne s'adressent pas à des sujets repérés en tant que patients exprimant une demande dans un cadre de soin préétabli mais avant tout à des impliqués qui ont été exposés à l'événement et qui sont susceptibles de développer une pathologie par la suite.<sup>28</sup>

Il faut avoir conscience que certaines victimes peuvent se sentir relativement indemnes de toutes réactions psychologiques ou psychopathologiques alors que quelques semaines plus tard, il n'en sera pas de même. La résurgence de manifestations pathologiques comme le syndrome de répétition, ou des manifestations moins spécifiques comme un syndrome névrotique, dépressif ou simplement des troubles du sommeil peuvent annoncer l'émergence d'un syndrome psychotraumatique et justifient la mise en route de thérapeutiques spécifiques.<sup>29</sup>

## Désamorcer l'angoisse et le stress

L'intervention thérapeutique en immédiat vise à désamorcer l'angoisse et le stress, cela au moyen d'une présence, d'une attention soutenue, de paroles visant à resituer le sujet dans une communauté d'êtres humains. Il s'agit de permettre à la victime de reprendre pied avec une certaine forme de réalité, de l'aider à se soustraire du vécu de perte d'identité, de projection dans un univers d'hostilité, voire d'inhumanité.<sup>30</sup>

Ces traitements sont essentiels à mettre en place car ils vont limiter le risque de déclenchement d'une névrose traumatique à court ou moyen terme.

La place de la chimiothérapie est à discuter au cas par cas. En cas de pathologie confusodélirante ou lors du déclenchement d'un état psychotique aigu comme un accès maniaque ou une bouffée délirante, le recours aux neuroleptiques per os ou par voie injectable peut être indispensable. La prise en charge peut aller jusqu'à l'hospitalisation en milieu psychiatrique avec un recours si nécessaire à une mesure de placement (hospitalisation à la demande d'un tiers [HDT] plutôt qu'hospitalisation d'office [HO]).

Mais le plus souvent, il s'agit de manifestations anxiodépressives entrant dans le cadre des réactions immédiates de stress avec un bouleversement émotionnel qui, s'il s'accompagne d'une souffrance importante, peut justifier la mise en route d'un traitement symptomatique anxiolytique avec soit benzodiazépines soit hydroxyzine (Atarax®). Cette prescription doit s'effectuer en accord avec le patient de manière à ne pas accentuer le choc émotionnel. Quant à la prescription d'antidépresseurs, elle est moins habituelle au cours de la phase immédiate étant donné le caractère évolutif et fluctuant de la symptomatologie. Elle est néanmoins indiquée lorsque des manifestations d'auto-dévalorisation, un sentiment de déchéance dominent le tableau clinique. Cette approche favorise le travail psychothérapique, la reprise du lien social et le réinvestissement relationnel. En outre, la famille des antidépresseurs évite tout risque d'accoutumance comme ce pourrait être le cas avec les benzodiazépines<sup>1</sup>.

## Passage des soins immédiats aux soins postimmédiats

L'un des objectifs prioritaires des soins immédiats délivrés par les CUMP consiste également à préparer la mise en place des soins pour la phase postim-

médiate, c'est-à-dire dans les jours qui suivent l'événement, depuis le lendemain jusqu'à 7 à 10 jours plus tard. C'est lors de cette phase que les soins seront les plus opérants. C'est le temps minimum pour que les éléments psychopathologiques puissent s'organiser et donner l'espoir d'un matériel psychique transmissible au thérapeute.

Sur le plan thérapeutique, la phase postimmédiate se caractérise par la réduction des symptômes de stress ou par des signes parfois minimes qui annoncent l'installation de la névrose traumatique, en particulier par le travail de rumination torpide.

Cette phase est également essentielle, puisque c'est à ce moment privilégié qu'il s'agit de tenter pour le patient d'accéder à une mise en forme par la parole de son vécu traumatique afin de s'en éloigner.<sup>31</sup>

## Débriefing psychologique

Décrire avec précision les modalités pratiques de déroulement d'un débriefing c'est prendre le risque d'une certaine rigidité, voire d'un enfermement. Cependant, il paraît possible, certes en modulant ces notions à la nature de l'événement, de définir certaines constances : le nombre et la qualité des participants, la durée de la séance, les modalités pratiques de son déroulement, le moment de réalisation de l'intervention par rapport à la survenue de l'événement, le nombre d'intervenants qui dirigeront le débriefing. En ce qui concerne le nombre de sujets et leur qualité, il doit se situer entre 5 et 12 personnes maximum et leur regroupement s'effectue par rapport à leur degré d'implication dans l'événement. En effet, l'intervention vise à offrir un premier soin spécifique dirigé, en premier lieu, vers ceux qui ont été les plus exposés au traumatisme. Les impliqués ayant vécu l'événement plus à distance peuvent également être concernés par l'intervention médicopsychologique à un titre peut-être moins caractérisé que le débriefing tel que nous le définissons, il s'agit par exemple d'une réunion d'information ou d'une présence plus informelle.<sup>32,33</sup>

Traditionnellement, le déroulement d'une séance de débriefing peut se résumer de la façon suivante. Il s'agit d'informer les victimes sur les risques de manifestations psychologiques ou psychiatriques au décours de l'événement, de leur offrir une aide à laquelle elles pourront faire appel, le cas échéant. Il s'agit surtout de leur permettre, selon la conception élaborée par Crocq, de verbaliser l'événement selon une procédure se rapprochant au maximum d'un phénomène abréactif.<sup>34</sup> Le dépistage des sujets particulièrement à risque

constitue un volet toujours essentiel, avec le recours si besoin à une prise en charge chimiothérapique spécifique.

Lebigot<sup>35</sup> a fourni un apport psychopathologique en proposant un éclairage nouveau sur la mise en pratique des modalités du débriefing à la française. Pour l'auteur, lors d'un débriefing, chacun doit pouvoir « raconter ce qu'il a vécu, exprimer ses émotions du moment, verbaliser ce qu'il a imaginé, fantasmé.<sup>36,37</sup> »

Le terme en soi de débriefing prête à confusion car il se réfère à la technique mise au point par Mitchell à l'intention des sauveteurs exposés à des incidents critiques.<sup>38</sup> Le déroulement de cette procédure obéit à une formalisation qui n'est pas adaptée à la procédure telle que nous l'avons pratiquée en France et dans les pays francophones. En particulier, une première différence se situe dans la préparation et l'instauration de la séance. Il s'agit d'engager cette thérapie selon un climat de confiance et d'accord entre le thérapeute et le patient. Si celui-ci envisage quelque chose qui lui semble prioritaire ou qui doit passer avant la participation à la séance proposée, il n'est pas acceptable de lui imposer cette thérapie. Par exemple nous pouvons comparer deux interventions, l'une américaine et l'autre française, concernant une prise d'otages dans un avion. L'action proposée par un auteur américain (Sokol) dans ce cadre d'une prise d'otage au Liban d'un avion de la TWA, consistait à hospitaliser durant 24 heures, dans une base militaire américaine, tous les impliqués au décours de leur libération. En France, dans le cas de la prise d'otages de l'Airbus d'Alger en décembre 1994, les soins psychologiques pratiqués au décours immédiat de la libération des otages n'ont pas retardé les retrouvailles de ces derniers avec leurs familles. Le fait de retarder le souhait des otages sous prétexte de réaliser un débriefing dans les conditions prévues à l'avance nous semblait contraire aux principes éthiques élémentaires et, dans un cas comme celui d'une prise d'otages, présentait le risque de faire subir aux impliqués le vécu d'une seconde séquestration.

Une seconde considération nous distingue du débriefing tel qu'il a été instauré par Mitchell, il s'agit de la compétence et de l'expérience du thérapeute. Dans notre conception, la pratique d'une telle thérapie de groupe ne peut se mettre en place en se conformant à l'application d'une sorte de check-list prévue à l'avance. Il s'agit en fait de confier la réalisation du débriefing à un thérapeute à la fois expérimenté sur le plan psychopathologique mais également habitué et formé aux questions relevant du psychotraumatisme. En effet, le repérage des mouvements psychologiques, de l'énoncé

de la plainte, du sens selon lequel s'oriente le discours des patients ne peut être repris, compris et interprété que par un thérapeute expérimenté qui seul saura comment orienter le travail psychothérapique. La connaissance des mécanismes psychiques, du rapport à la mort pour chaque victime, de l'accessibilité pour chacune à la symbolisation à partir d'un vécu encore envahi par le réel de cette confrontation au trauma nécessite un ensemble de repérages qui ne peuvent être improvisés, et encore moins soumis à un entretien prévu à l'avance qui ne prend pas en compte la subjectivité du patient.<sup>39,40</sup>

Ces éléments nous semblent fondamentaux pour permettre une efficacité thérapeutique. À titre d'exemple, nous pouvons témoigner d'une intervention postimmédiate de la CUMP auprès d'un groupe d'adolescentes manifestant des troubles de reviviscence suite à l'accident tragique d'une de leurs camarades de classe qui s'était fait écraser par un véhicule à la sortie des cours. Lors du débriefing, on assista à la verbalisation d'une représentation de la victime telle qu'elle était perçue dans la classe. Les mots utilisés étaient en rapport avec le trauma puisqu'ils se traduisaient par une dialectique selon laquelle la victime était « écrasée », non pas par un véhicule mais par une certaine forme de masochisme vis-à-vis de ses camarades de classe. C'est selon cette modalité que le trauma a donc pu trouver une issue du côté d'une interprétation produite par le groupe d'enfants lui-même. On a pu observer, plusieurs mois plus tard, à quel point la situation psychologique paraissait apaisée dans ce lycée qui, auparavant, faisait l'objet de perturbations diverses.

Dans un autre cas, chez de jeunes enfants âgés de 10 ans ayant été exposés de leur fenêtre au cadavre d'un homme qui venait de se précipiter d'une tour (les enfants se trouvaient à Paris avec leurs instituteurs pour visiter la capitale), l'effraction traumatique devait se traduire par une terreur vis-à-vis du sens du passage à l'acte suicidaire. Après avoir exprimé ce rapport au réel de la mort à travers ce qui pouvait se transmettre de leurs descriptions, ils finirent par s'orienter lors d'un travail en petits groupes sur des lignes de force qui distinguaient garçons et filles. Celles-ci devaient détailler leur rapport au suicide, qui était, pour certaines, particulièrement prégnant. Ce fut l'occasion de déverser cette tentation qui, pour l'une d'entre elles, revenait fréquemment dans son existence. Pour les garçons, il s'agissait de fantasmes touchant plus particulièrement à la mort accidentelle qui aurait pu survenir chez l'un des parents, généralement le père et en particulier lors d'un accident de voiture survenu chez plusieurs

d'entre eux avant leur naissance. Ce fantasme était donc comme ce qui aurait pu empêcher leur existence. Toujours est-il que ce travail thérapeutique de plusieurs heures particulièrement intense devait s'avérer particulièrement efficace. Les enfants retrouvèrent, après cette mise à plat des mouvements psychiques éclo au décours immédiat de l'effraction traumatique, une sérénité leur permettant de regagner leur chambre, de trouver le sommeil et de terminer leur dernière journée de séjour parisien dans des conditions de réassurance qu'il était difficile d'imaginer la veille au décours de l'événement.

Cela démontre qu'une thérapie en urgence, si elle répond à la demande, à l'attente du sujet traumatisé peut être mise en place et effectuée jusqu'à son terme. Elle est non seulement parfaitement indiquée, mais à l'évidence d'une grande efficacité car elle permet au sujet de réinscrire des éléments traumatiques dans une trame de pensée et de signifiants qui le traversent et le représentent.

## Références

- Crocq L. Historique de la pathologie du traumatisme. *J Psychol* 2003;207:12-7.
- Shatan CF. Post-Vietnam syndrome. *New York Times* 1972; (6 mai).
- Marmar CR, Weiss DS, Schlenger WE, Fairbank JA, Jordan BK, Kulka RA, et al. Peritraumatie dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *Am J Psychiatry* 1994;151:902-7.
- Lipkin O, Blank A, Scurfield R. «Forensic assessment of post-traumatic stress disorders in Vietnam ». In: *The trauma of war*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1985.
- American Psychiatric association. *Diagnostic and statistical manuel for mental disorders IV*. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Emmanuelli X, Gaymard H. Circulaire n° 97/383 relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe, 28 mai 1997.
- Crocq L. Critique du concept d'état de stress post-traumatique. *Perspect Psy* 1996;35:363-76.
- Crocq L. Stress, trauma et syndrome psychotraumatique. *Soins Psychiatr* 1997;188:7-13.
- Selye H. *Le stress de la vie (1956)*. Paris: Gallimard; 1975.
- Crocq L, Doutheau C, Louville P, Cremniter D. Psychiatrie de catastrophe : réactions immédiates et différées, troubles séquentiels. Paniques et psychopathologie collective. *Encycl Méd Chir* (Elsevier SAS, Paris). *Psychiatr* 1998;8 (37-113-D-10).
- Freud S. (1920) *Au-delà du principe du plaisir*. Paris: Payot; 1973.
- Lebigot F. Traumatisme psychique et origine freudienne. *J Psychol* 1997;144:24-6.
- Briole G, Lebigot F, Lafond B, Favre JD, Vallat D. *Le traumatisme psychique: rencontre et devenir*. Rapport au LXXXII<sup>e</sup> congrès de psychologie et de neurologie de langue française, Toulouse, 17-23 juin. Paris: Masson; 1994.
- Crocq L. Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névroses traumatiques, états de stress post-traumatiques et autres séquelles. *Psychol Med* 1992;24:427-32.
- Crocq L. *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Odile Jacob; 1999.
- Sutter J, Stem H, Susini R. Psychonévroses de guerre. Étude d'une centaine de cas personnels. *Ann Méd Psychol* 1947;11:496-524.
- Jonas C, Crocq L. Les conséquences cliniques du traumatisme psychique. *Nervure* 1996;IX:23-8.
- Derynck F, Samuelian JC, Saracaceanu E. État de stress aigu, état de stress post-traumatique : clinique et biologie. *Rev Fr Psychiatr Psychol Méd* 2000;42:26-9.
- Ilel K, Ferreri M, Noto R. Les blessés psychiques, réactions pathologiques et atteintes psychiques chez les victimes de catastrophes. *Soins Psychiatr* 1989;7-12 (106/107).
- Chahraoui K, Laurent A, Colbeau-Justin L, Weiss K, Vanssay B. Stress psychologique des sinistrés des inondations de la Somme : une étude exploratoire. *Inf Psychiatr* 2003;79:307-18.
- Thomas G, Morand P. Dépression et états de stress post-traumatique. *Neuro-Psy* 1999;51-4 (n° special).
- Beaupaire R. Comorbidité, dépression et stress post-traumatique. *Neuro-Psy* 1999;45-50 (n° special).
- Ducrocq F, Vaiva G, Cottencin O, Molenda S, Bailly D. État de stress post-traumatique, dépression post-traumatique et épisode dépressif majeur : la littérature. *Encephale* 2001;27:159-68.
- Alexander F, French M. (1946). *Psychothérapie analytique : principes et applications*. Paris: Payot; 1972.
- Fenichel O. *La théorie psychanalytique des névroses*. Paris: PUF; 1953.
- Crocq L. Clinique de la névrose traumatique. *J Psychol* 2003;211:53-8.
- Barrois C. *Les névroses traumatiques*. Paris: Dunod; 1988.
- Crocq L. Les cellules d'urgence médico-psychologiques. *Act Méd Int Psychiatr* 1998;15:213.
- Cremniter D, Gravier V. Actualité sur le « débriefing ». *Soins Psychiatr* 1997;188:27-30.
- Briole G, Lafon B. Émoi et traumatisme psychique. *Ann Med Psychol (Paris)* 1998;156:4-7.
- Crocq L. La cellule d'urgence médico-psychologique, sa création, son organisation, ses interventions. *Ann Med Psychol (Paris)* 1998;156:48-54.
- Prieto N, Weber E, Prost G. La cellule d'urgence médico-psychologique : des soins spécifiques et en réseau. *Rev Fr Psychiatr Psychol Méd* 2000;34:98-101.
- Vitry M. Le débriefing psychologique : une méthode. *Nervure* 1999;XII:48-51.
- Janet P. Les traitements par la liquidation morale. In: *Les médications psychologiques*. Paris: Alcan; 1919.
- Lebigot F. Intérêt des soins immédiats et post-immédiats dans les traumatismes psychiques. *Méd Catastrophe Urg Collect* 1999;2:83-7.
- Lebigot F. Le débriefing individuel du traumatisé psychique. *Ann Med Psychol (Paris)* 1998;156:417-21.
- Lebigot F. La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle. *Ann Med Psychol (Paris)* 1997;155:522-6.
- Mitchell JT, Everly GS. *Critical incident stress debriefing: An operations manual*. Ellicott Cit; 1995.
- De Clercq M, Vermeiren E. *Le débriefing psychologique : controverses, débat et réflexions*. Nervure; 1999 (XII n° 6).
- Bisson LI, Deahl MP. Psychological debriefing and prevention of post-traumatic stress. *Br J Psychiatr* 1994;165:717-20.