

Trouble de stress post-traumatique

Le **trouble de stress post-traumatique** ou **TSPT**^[N 1] (en anglais **PTSD**, pour *Posttraumatic stress disorder*) désigne un type de **trouble anxieux** sévère qui se manifeste à la suite d'une expérience vécue comme traumatisante avec une confrontation à des idées de mort^{[1],[2],[3]}.

Le trouble de stress post-traumatique est une **réaction psychologique** consécutive à une situation durant laquelle l'intégrité physique et/ou psychologique du patient et/ou de son entourage a été menacée et/ou effectivement atteinte (notamment accident grave, mort violente, viol, agression, maladie grave, guerre, attentat). Les capacités d'adaptation (comment faire face) du sujet sont débordées. La réaction immédiate à l'événement aura été traduite par une **peur** intense, par un sentiment d'impuissance ou par un sentiment d'**horreur**.

Le TSPT est moins fréquent que la réponse aiguë au stress^[4]. Le TSPT peut être dû à la répétition de situations anxiogènes ou dégradantes plutôt qu'à un événement unique^[réf. nécessaire].

1 Diagnostic

1.1 Classification

Le trouble de stress post-traumatique est catégorisé en tant que **trouble anxieux** dans le *DSM IV*. Les symptômes caractéristiques apparaissent après un événement traumatique. Dans ce cas, l'individu souffrant de TSPT évite systématiquement tout événement ou discussions menant à ses émotions. Malgré ces stratégies, l'événement revient sans cesse dans les pensées de l'individu en **flashback** ou en **cauchemar**^[1]. Les symptômes caractéristiques sont considérés sévères moins de trois mois après l'événement déclencheur et chroniques si persistants au bout de trois mois et plus. Le TSPT est différent de la **réaction aiguë au stress**. Il peut entraîner une altération clinique dans des domaines importants de fonctionnement^{[4],[5],[6]}.

1.2 Symptômes persistants

Le patient souffrant d'un TSPT se plaint d'un sentiment de désespoir ou d'horreur associés à une triade de symptômes persistants :

- **intrusion** : l'individu revit l'événement traumatisant. Il ne s'agit pas seulement de vagues réminiscences, mais d'incapacité à empêcher ces souvenirs

de revenir le hanter. Certains parlent même de **reviviscence** pour dire à quel point il s'agit davantage de véritables **flash-backs** envahissants que de simples souvenirs. En effet, l'**angoisse** ressentie lors de l'expérience traumatisante peut être de nouveau éprouvée au moment du souvenir. Les **cauchemars** sont une autre manifestation de ce type de symptôme ;

- **évitement** : l'individu tente d'éviter les situations et les facteurs déclencheurs qui pourraient lui rappeler l'événement traumatisant. Il aura aussi tendance à éviter d'en parler pour éviter d'y être confronté directement. Cela peut conduire jusqu'à une **amnésie** partielle ou totale de l'événement. Un autre aspect de l'évitement est l'**émoussement des émotions** qui peut aller jusqu'à une insensibilité émotionnelle. L'individu perd intérêt dans des activités qui autrefois le passionnaient, se replie sur lui-même et fuit ses proches. Il peut également avoir des difficultés de communication, qui se manifestent notamment par une difficulté à s'exprimer correctement, le fait d'utiliser des mots inexacts et imprécis lorsqu'il parle (notamment lorsqu'il s'agit d'évoquer l'événement traumatisant), et avoir de graves difficultés relationnelles et être incompris par son entourage à cause de cela. Lorsque les facultés mentales, relationnelles ou verbales sont fortement entravées par ces réflexes d'évitement, on parle d'état dissociatif. Ces comportements d'évitement sont des réflexes qui sont indépendants de la volonté du patient, ils présentent de nombreux points communs avec les symptômes négatifs observés dans la schizophrénie ;
- **hyperstimulation** : le patient souffre de plusieurs symptômes d'**hypervigilance** et a par conséquent de la difficulté à se concentrer et à mener à terme ses activités. Il peut avoir notamment de l'insomnie, de la nervosité, une tendance à s'effrayer facilement, une impression constante de danger ou de désastre imminent, une grande irritabilité ou même un comportement violent. Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut être perçu. Un sentiment intense de détresse psychique peut survenir lorsque l'individu est exposé à des éléments qui évoquent l'événement traumatisant.

1.3 Évitements et retrait

L'évitement de tout ce qui rappelle l'évènement traumatique est la principale réponse à un traumatisme psychologique. Alors, éviter d'y penser devient un impératif chez des sujets traumatisés (Newman *et al.* 1996). Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)* dresse une liste de différents types d'évitement, comme les activités, les conversations, les personnes, les endroits et les réminiscences reliées à l'évènement traumatique. Tous ces types d'évitement servent à protéger le sujet du contact avec tout ce qui peut lui rappeler le drame^[7]. Ce qui signifie qu'après avoir vécu l'évènement traumatique, le sujet devient très sensible à tout ce qui peut lui rappeler cette expérience dramatique. Les indices de cette expérience dramatique peuvent avoir une double signification : le rappel de la souffrance lors de l'évènement traumatique et le danger imminent d'un recommencement du drame. Pour Carlson, l'évitement post-traumatique peut se manifester sur les plans affectif, cognitif, comportemental et physiologique^[7].

- **Évitement affectif** : à la suite d'un traumatisme psychologique, habituellement, le sujet présente une indifférence émotionnelle qui se manifeste sous la forme d'un détachement vis-à-vis d'autrui et de tentatives d'évacuer les émotions et sentiments^[7]. L'évitement des émotions fortes protège le sujet d'une poussée émotive associée au drame. Un sujet peut éviter une situation où peuvent se présenter de fortes émotions, comme les disputes, les films d'horreur. L'évitement affectif peut prendre la forme d'isolement des affects et d'isolement social^[7].
- **Évitement comportemental** : comme toutes les autres formes d'évitement, l'évitement comportemental consiste à s'éloigner de tout ce qui peut rappeler le drame, comme les conduites, les personnes, les endroits et les situations associées au drame. Cet évitement comportemental peut être intentionnel, mais le plus souvent il est involontaire.
- **Évitement physiologique** : l'évitement physiologique est une sorte d'anesthésie des sensations ou indifférence sensorielle. Les traumatisés rapportent avoir une atténuation des sensations de plaisir ou de douleur. L'évitement physiologique s'observe également dans l'annulation ou l'atténuation des sensations liées à l'expérience du traumatisme chronique (Herman, 1992). Les recherches cliniques menées auprès des sujets ont relevé, à la fois, la reviviscence et l'évitement des symptômes après des évènements traumatiques singuliers (Fletcher, 1996 ; Nader, 1996 ; Putnam, 1996). Pynoos *et al.* (1996) font remarquer l'extrême complexité des réponses post-traumatiques chez les sujets. Ils soulignent aussi la nécessité d'une approche développementale

pour comprendre ces réponses post-traumatiques. Tandis que le TSPT s'observe chez des personnes à la suite de toutes sortes d'évènements traumatiques, la recherche clinique a montré qu'un TSPT complet et caractérisé se rencontre moins souvent chez des enfants que chez des adultes après un désastre (McNally, 1993 ; Ribbe, Lipovski et Freedy, 1995, cités par Carlson 1997)^[7]. Par contre, les enfants sont plus sensibles que les adultes aux violences interpersonnelles. Ces réminiscences véhiculent un vécu renouvelé de terreur d'une façon tellement réaliste que naît le sentiment de la répétition imminente du drame.

- **La peur d'avoir peur** : elle peut conduire un sujet à éviter un nombre de plus en plus grand d'activités de façon à éviter des émotions, des sentiments et des souvenirs. Plutôt que d'aller de l'avant dans son développement, le sujet semble rester immobile sur place, évitant les risques normaux de l'aventure du développement et de la croissance (Pynoos *et al.* 1996). En mettant de tels efforts pour se protéger, il n'en reste plus beaucoup pour le travail, le jeu et tout ce qui fait la vie d'une personne. Les sujets évitent tout ce qui remet en mémoire ce qu'ils veulent oublier. L'évitement peut également, parfois, prendre la forme d'une agressivité nécessaire ou d'un attrait pour des activités risquées et dangereuses ou le retrait extrême.

1.4 Formes particulières

Le syndrome de stress post-traumatique complexe est une forme particulière de TPST qui survient lorsque le malade a été exposé à des violences physiques, verbales ou psychologiques répétées au cours desquelles il n'a pas eu la possibilité de se défendre. Il se manifeste par les symptômes suivants :

- une altération de la régulation des émotions, avec une impulsivité marquée et des comportements s'avérant nuisibles pour le malade lui-même ;
- des perturbations de l'attention ou de la conscience, pouvant entraîner des épisodes dissociatifs au cours desquels l'esprit est déconnecté : le patient a l'impression de ne plus exister, d'être comme mort (dépersonnalisation) ou ne parvient plus à s'intéresser au monde qui l'entoure (déréalisation) ;
- une altération de la perception de soi, avec des sentiments permanents de honte ou de culpabilité, et un sentiment de vide ;
- une altération de la perception de l'agresseur, qui peut être par exemple idéalisé. Par exemple, le patient se plie à contre-cœur au système de croyances et aux rationalisations de son ou de ses agresseur(s) et n'ose pas s'y opposer, sous peine de ressentir de la

culpabilité ou de la honte. Il peut également éprouver une gratitude paradoxale envers son agresseur ;

- des relations interpersonnelles perturbées, avec une incapacité à faire confiance ou à avoir une relation intime avec autrui ;
- des altérations cognitives avec une perte d'espoir.

1.5 Comorbidités

Ces troubles s'accompagnent parfois de :

- dépression ;
- de dépendance alcoolisme ;
- d'idées suicidaires ;
- dans le très grand âge, il peut se combiner avec une démence de type Alzheimer^[8] ;
- trouble de la personnalité.

1.6 Échelle diagnostic et de surveillance

- Clinician Administered PTSD Scale CAPS A. Hermès^[9]

2 Facteurs de risque

2.1 Exposition à un facteur traumatique (élément nécessaire)

Le trouble de stress post-traumatique semblerait être causé par l'expérience de nombreux types d'événements traumatisants mais particulièrement lorsque le traumatisme est extrême. Il peut survenir chez des individus sans antécédents^{[10],[11]}.

Les individus considérés à risque incluent les militaires, les victimes de catastrophes naturelles, les survivants aux camps de concentration et les victimes de crimes violents. Certains individus font l'expérience de la « culpabilité du survivant » lorsqu'ils réussissent à survivre tandis que d'autres autour d'eux sont morts. Les causes d'un tel traumatisme peuvent survenir lorsqu'un individu subit ou se retrouve témoin, d'un événement stressant impliquant la mort, un très sérieux danger ou des menaces similaires contre soi ou les autres dans une situation durant laquelle il fait l'expérience d'une importante crainte ou impuissance^[12]. Des individus employés dans des métiers avec violence (comme les soldats) ou les situations d'urgence (comme les services d'urgences médicales) sont également à risque^[12].

Les enfants et adultes peuvent développer des symptômes de TSPT après avoir été victimes de bizutage ou d'agression^{[13],[14]}.

Quinze à 75 %, selon les études, des personnes prostituées au sein de trafics humains présentent un état de stress post-traumatique^[15].

2.2 Violence familiale

Un traumatisme vécu suite à des violences familiales peut prédisposer un individu à développer des symptômes du TSPT. Approximativement 25 % des enfants exposés à ces violences développent un TSPT, selon une étude portant sur 337 élèves d'écoles^[16]. Une recherche préliminaire suggère qu'un abus sur mineur peut interagir avec le stress et augmenter le risque de développer un TSPT à l'âge adulte, selon une étude menée avec 900 élèves d'école^{[17],[18],[19]}. Cependant, être exposé à un événement traumatisant n'indique pas forcément un éventuel développement d'un TSPT^[4]. Des intrusions de mémoire comme les flashbacks, les flashbacks et les souvenirs, contribuent grandement aux dimensions psychologiques et biologiques du TSPT que l'événement en lui-même^[20]. Les individus souffrant de TSPT font l'expérience de pensées intrusives liées à l'événement traumatisant. Ces épisodes aggravent et maintiennent les symptômes du TSPT, car les patients revivent en boucle leur traumatisme^[21].

2.3 Toxicomanie

L'alcoolodépendance et d'autres addictions sont également des facteurs du TSPT^[22]. La guérison d'un trouble de stress post-traumatique ou d'autres troubles anxieux peut être limitée ou la condition peut empirer, à cause d'abus ou d'une prise excessive de médicaments. Résoudre ces problèmes permet une nette amélioration de la santé mentale du patient et de son degré d'anxiété^{[23],[24]}.

2.4 Traumatisme crânien

Des personnes ayant subi un traumatisme crânien léger sont plus susceptibles de développer un TSPT^[25].

3 Traitements

3.1 Objectifs des traitements

Cette section doit être **recyclée**. Une réorganisation et une clarification du contenu sont nécessaires. Discutez des points à améliorer en page de discussion.

Le but principal des traitements par les thérapies comportementales et cognitives (TCC) ou par l'EMDR est de faire disparaître toute la symptomatologie post-traumatique et de permettre ainsi à la victime de retrouver le statut antérieur.

3.1.1 Effets indésirables

Le thérapeute peut être amené à une surprotection en se focalisant sur le « paternage » ou « maternage » du patient. L'urgence de secourir peut être si grande qu'elle peut masquer la nécessité d'imposer des limites et de guider. Beaucoup d'adultes, y compris les thérapeutes, tendent à protéger le patient de la souffrance plutôt que de l'aider à l'affronter. Le praticien doit comprendre et accepter que cet affrontement est nécessaire à son intégration et à sa maîtrise (James, 1994)^[réf. insuffisante].

Avant la découverte de l'EMDR en 1987 recommandée officiellement pour le traitement du TSPT depuis juillet 2012 par l'OMS et en France depuis juin 2007 par la Haute Autorité de la Santé, les approches les plus utilisées en traitement individuel des patients étaient la ludothérapie ou (*play therapy*) et les approches hybrides comportant des éléments cognitifs, comportementaux, existentiels et psychodynamiques (Gil, 1991). Alors que certains cliniciens travaillent exclusivement avec une approche, beaucoup d'autres préfèrent avoir recours à une gamme d'approches au cours du traitement, voire, à l'intérieur d'une session^[26]. Les stratégies d'intervention auprès des patients doivent être éclectiques, selon Pynoos et Nader (1993), et tenir compte des différents registres des réactions, pour minimiser les difficultés ou pour traiter les multiples désordres psychiatriques qui résultent du drame. La ludothérapie est une de ces combinaisons ou socle^[réf. nécessaire].

3.2 Prévention

Confrontées aux victimes de catastrophes naturelles (éruptions volcaniques, incendies, inondations, tremblements de terre, de catastrophes socio-politiques (guerre ou terrorisme), d'accidents comportant des dizaines, des centaines, des milliers de victimes ou encore d'actes criminels, les institutions sociales ont mis en place des services d'aide médicale et psychologique aux « victimes directes », ainsi qu'aux amis et proches parents de ces victimes directes et aux témoins de première main. Par leur relation affective avec les victimes directes et leur position dans l'événement dramatique, les amis, parents et témoins sont dans la catégorie des « victimes indirectes », parce qu'ils sont secoués ou choqués par le même événement que les victimes directes, mais différemment et indirectement^[réf. nécessaire].

Au Canada et aux États-Unis, les victimes directes et indirectes sont immédiatement traitées en urgence par des institutions sociales appropriées, des « grandes » fusillades de la violence urbaine aux « petits » faits divers de la violence familiale. Il suffit d'un appel téléphonique au « 911 » des urgences et la police arrive, fait son constat et dirige vers les services appropriés au cas. Pour des situations plus singulières, le TSPT est toujours pris au sérieux^[réf. nécessaire].

3.3 Modification de l'état de conscience

3.3.1 Hypnose

Un traitement par l'hypnose peut avoir une efficacité parfois surprenante. L'utilisation des submodalités (technique PNL) ou le traitement hypnotique des phobies sont particulièrement indiqués. L'objet de ce dernier, sous hypnose, est basé sur une double dissociation, mettant en parenthèses l'événement traumatique, voir les travaux de Richard Bandler^[réf. nécessaire].

3.3.2 EMDR

L'EMDR, ou mouvement des yeux, désensibilisation et retraitement (de l'information), est une thérapie originale qui a été découverte par Francine Shapiro en 1987 et qui dès le départ a fait l'objet d'études contrôlées. Parfois controversée, ses résultats semblent actuellement suffisamment probants puisque son efficacité est reconnue notamment par l'OMS (juillet 2012) et en France par l'INSERM (2004), la Haute Autorité de la Santé (HAS - juin 2007 - page 18 - prise en charge du TSPT - chapitre psychothérapies structurées), l'American Psychiatric Association (2004), et le National Institute for Clinical Excellence du Royaume-Uni (2005). Elle apparaît donc actuellement comme une thérapie de choix pour tout ce qui relève de la psychotraumatologie^[réf. nécessaire].

Par bien des aspects, l'EMDR apparaît comme une thérapie intégrative. En effet, elle semble mettre en action d'une manière originale et simultanément à la fois des aspects psychodynamiques, cognitifs, comportementaux, émotionnels, corporels et sensoriels. Son originalité tient pourtant principalement dans ce dernier point. Il semblerait que la stimulation sensorielle oculaire, tactile ou sonore, de l'information dysfonctionnelle d'origine traumatique permette de remettre en route son traitement et son classement dans une mémoire explicite/narrative plutôt que dans une mémoire implicite/motrice (Francine Shapiro). Les travaux de Jacques Roques complètent par ailleurs ces explications en faisant intervenir des mécanismes cérébraux propres aux systèmes limbiques et corticaux, ainsi qu'au système nerveux autonome^[réf. nécessaire].

3.3.3 Méditation

La méditation pourrait être utile pour soulager les symptômes du TSPT chez les anciens combattants. Mais de nombreux vétérans qui souffrent de TSPT ne cherchent pas de traitement, probablement en raison de la stigmatisation de la maladie mentale et de son impact potentiel sur l'avancement de carrière, comme le dit Norman E. Rosenthal. La méditation fait se sentir plus responsable de son bien-être que les autres traitements : « Je voulais remédier à cela, mais je sentais que je devais le faire moi-même », « c'est une attitude qui nous est familière dans l'infanterie. »^[27] Aux États-Unis, le Ministère de la

Défense vient de donner une subvention de 2 millions de dollars pour étudier les effets de la Méditation Transcendantale sur le trouble de stress post-traumatique^[28].

Plus de 500 000 soldats américains déployés en Afghanistan et en Irak depuis 2001 souffrent de syndrome de stress post-traumatique. Le gouvernement américain constate que durant les guerres en Irak et en Afghanistan, il y a davantage de victimes par suicide d'anciens combattants, que de combattants tués au combat en raison de cet état de stress post-traumatique^[29]. Plus de 20 pour cent des soldats revenant d'Irak et d'Afghanistan souffrent de TSPT, selon le Département américain de la Défense^[27]. La **Fondation David Lynch** travaille en collaboration avec les agences gouvernementales et les organisations nationales et locales d'anciens combattants, et propose la **méditation transcendantale** comme traitement de ce syndrome, en vertu d'une étude montrant 50 % de réduction des symptômes après huit semaines^{[30],[31]}.

À l'initiative d'anciens combattants, la Fondation David Lynch organise une campagne nommée « Operation Warrior Wellness » (Opération bien-être des guerriers), avec le soutien du D^r Norman E. Rosenthal (psychiatre à l'origine de la découverte de la dépression saisonnière et de la lumbinothérapie), le D^r Mehmet Oz (chirurgien cardiaque), et John Hagelin (médecin généraliste), ainsi que les cinéastes Clint Eastwood^[32] et Martin Scorsese^{[29],[31],[33],[34],[35]}.

3.4 Ludothérapie

Cette section doit être **recyclée**. Une réorganisation et une clarification du contenu sont nécessaires. Discutez des points à améliorer en page de discussion.

Le jeu, si naturel chez l'enfant et l'adulte, peut être un puissant instrument thérapeutique. Sigmund Freud, en 1909, a été le premier, semble-t-il, à utiliser le jeu pour révéler de l'inconscient les peurs et les problèmes. Hermine Hellmuth, en 1920 et 1930, commença à utiliser le jeu comme une partie du traitement des patients. **Mélanie Klein** et **Anna Freud** ont formulé une théorie et une pratique pour une ludothérapie psychanalytique où le « geste » vient au secours du « dit » et l'accompagne dans une représentation théâtrale révélatrice du fondement de la libre association (Gil, 1991). De l'association libre fondamentale en psychanalyse, elles passent à la tendance des humains à jouer en s'inventant des histoires pour faire semblant. Elles se sont proposées de dévoiler les conflits et les désirs inconscients par le jeu qui est une manière privilégiée de libre association chez les enfants. Pour **Mélanie Klein** (1937), le jeu de l'enfant est l'équivalent complet de la libre association de l'adulte. La ludothérapie émerge du cadre psychodynamique et de la croyance en la valeur cathartique du jeu associée au rôle actif du thérapeute dans la détermination de l'orientation et des sources de la thérapie (Schaffer et O'Connor,

1983). Encouragé par les trouvailles d'Anna Freud et par l'idée de compulsion de répétition de **Sigmund Freud** et **David Levy**, (1939, cité par Gil, 1991) ont introduit^[Qui ?] le concept de « thérapie de relâchement » pour des sujets qui ont vécu un drame. Levy (1939) serait l'un des premiers à avoir eu recours au jeu dans un but thérapeutique. Il a aidé les patients à recréer l'événement traumatique en jouant la scène leur permettant de mieux assimiler les mauvaises pensées et les sentiments néfastes associés au drame. Levy était toutefois opposé à l'usage de cette technique en début de thérapie, avant l'établissement d'un solide lien de confiance et de complicité. De plus, il prenait soin de ne pas inonder le patient d'un flux important d'émotions qui l'empêcherait de les assimiler.

Pour Monahan, les buts de la ludothérapie sont^[26] :

- d'atténuer les symptômes et des conduites post-traumatiques ;
- de retrouver le sentiment de maîtrise de sa vie ;
- de corriger et comprendre le sentiment de culpabilité d'être survivant ;
- de restaurer la confiance en soi et la confiance dans le futur ;
- de favoriser la mise à distance du drame ;
- d'atténuer les cicatrices du drame.

Selon Gil (1991), le but fondamental de cette thérapie est de fournir à l'enfant une expérience correctrice et réparatrice, en particulier, une expérience d'interactions sécuritaires et appropriées qui conduisent à un sentiment de confiance, de sécurité et de bien-être. En d'autres termes, c'est une tentative de démontrer à l'enfant, par l'intervention thérapeutique, que l'interaction humaine peut être valorisante et réconfortante. L'expérience réparatrice met le patient en situation de travailler sur le drame pour le comprendre et l'assimiler consciemment. Le pouvoir curatif du jeu ne peut pas être sous-estimé. Dans un entourage sécuritaire et aidant, le patient heureusement glisse vers une expérience réparatrice. Une part du travail thérapeutique implique l'expression salutaire et sécuritaire de fortes émotions et de sentiments puissants. Aider le patient à trouver de nouvelles solutions et à renouveler son sens de la maîtrise après un drame est une autre part importante du travail thérapeutique. Pour Sours (1980, cité par Gil, 1991), la psychothérapie chez un enfant est une relation entre un enfant et un thérapeute dont le but premier est la résolution des symptômes pour arriver finalement à une stabilité adaptative. Anna Freud et **Mélanie Klein** ont beaucoup écrit sur le jeu dans la thérapie psychodynamique en tant que substitut de la parole. Leur point de vue sur le sujet pourrait se résumer de la façon suivante : la parole et le jeu sont deux formes de représentation dans la communication. Le but premier de cette approche est d'aider les patients à travailler pour se

retrouver, se connaître et se reconnaître après le drame (Schaeffer et O'Connor, 1983). Beaucoup de thérapeutes du TSPT s'accordent pour affirmer que le jeu est le moyen le plus effectif dans la thérapie du traumatisme en deux temps qu'est le TSPT.

De nombreux auteurs, cités par Gil (1991), ont déjà souligné l'importance du jeu dans le développement de la personne. Le jeu favorise le développement de stratégies de résolution de problèmes et l'acquisition de compétence (White, 1966). Il permet au sujet d'assimiler les expériences et événements de sa vie (Piaget, 1969). Il peut constituer aussi un laboratoire émotionnel dans lequel l'enfant apprend à faire face à son environnement (Erikson, 1963). Pour Nickerson (1973, cité par Gil, 1991), le jeu est déjà familier chez le sujet qui se sent à l'aise dans une situation ludique. Selon Ginott (1961, cité par Gil, 1991), le jeu est une façon de parler avec des êtres et objets comme avec des mots. Chez Erikson (1963) encore, le jeu est une façon de vivre avec des conduites et des préoccupations en jouant avec. Nickerson (1973) voit dans les activités ludiques la principale approche thérapeutique auprès des patients parce qu'elles sont le moyen d'expression de soi le plus fort et le plus primitif qui facilite la communication chez le sujet et qui permet la relâche cathartique des émotions. Le jeu peut être régénérateur et constructeur tout en ouvrant à l'adulte une fenêtre sur le monde de l'enfant. De plus, le patient se sent à l'aise dans un cadre ludique, il est tout de suite en rapport avec les objets et exprime avec eux et par eux ses propres préoccupations. Chetnik (1989) soutient cependant que le jeu en soi ne produit d'habitude pas de changement. C'est l'utilisation et l'intervention du thérapeute qui sont cruciales. Le clinicien est dans ce processus bien plus un observateur participant qu'un compagnon de jeu. Le thérapeute doit néanmoins s'y engager d'une façon signifiante et significative et éviter certaines erreurs fréquentes. Une fois la relation de confiance et l'alliance thérapeutique établies, ce jeu ne peut être laissé au hasard des fantaisies du patient. Son thème et les objets utilisés doivent se rapporter à l'événement traumatique. La principale fonction du jeu est de modifier les rôles et les affects envahissants lorsque le sujet est anxieux. Il fournit une voie privilégiée pour exprimer ces affects (Chetnik, 1989).

Le jeu offre aussi l'occasion d'examiner de nouvelles significations du drame et de retravailler les souvenirs et les émotions qui y sont associés dans de nouveaux contextes (Chetnik, 1989). Le jeu permet aussi aux patients de prendre des distances par rapport aux souvenirs qui demeurent douloureux et ne peuvent être directement exprimés. Le patient qui ne peut faire un récit clair et cohérent des événements et de ses réactions l'exprime à travers le jeu. Pour Monahan (1993), la ludothérapie est généralement utile pour le plaisir de jouer et pour résoudre des problèmes^[26]. Dans le cabinet du thérapeute, les patients peuvent se promener, explorer et choisir leurs activités en compagnie du thérapeute qui leur laisse l'espace de vie et leur spontanéité, sans la suite de questions et de réponses.

Dans la ludothérapie, les seules règles sont des règles de sécurité. Le patient comprend très vite que ces règles de sécurité sont indispensables pour ne pas se blesser ou blesser autrui. Le patient réapprend la maîtrise émotionnelle qui vient d'une quantité d'expériences valorisantes et confirmantes dans le jeu ce qui lui permet de se sentir suffisamment en sécurité pour explorer et exprimer des émotions qui ont été envahissantes et inacceptables. Les exercices de thérapie par le jeu et par l'art aident à identifier et à délimiter un éventail d'émotions (James, 1989). La partie essentielle du traitement est d'aider les patients à accepter les réalités des drames douloureux dans leur vie. Comme nous l'avons déjà mentionné antérieurement, si ces réalités ne sont pas acceptées, les patients continuent d'investir beaucoup d'efforts à éviter ce qu'ils considèrent comme effrayant et envahissant, en faisant appel à des mécanismes de défense comme la dissociation et l'éclatement qui nuisent à leur développement (James, 1989). La ludothérapie peut être de type directif ou non directif. Elle est directive lorsque le thérapeute prend la responsabilité de guider et d'interpréter le jeu et non directive lorsque cette responsabilité est laissée à l'enfant (Axline, 1969, cité par Gil, 1991). Pour Esman (1980, cité par Schaefer, 1983), le point focal d'une ludothérapie psychodynamique est la liberté de communiquer des conflits, désirs, fantasmes et souhaits de telles manières que l'enfant puisse les accepter et les exprimer à son niveau cognitif. Dans ce contexte, la fonction du thérapeute est d'observer, d'essayer de comprendre et finalement de communiquer au patient les significations et valeurs des éléments de son jeu pour promouvoir et faciliter la compréhension de ses propres conflits.

Otto Rank et Carl Rogers ont considéré les thérapeutes non-directifs comme des promoteurs d'une thérapie relationnelle fondée sur une théorie singulière de la personnalité qui postule que le sujet a en lui les capacités de résoudre ses problèmes et les forces de croissance pour produire des conduites matures plus satisfaisantes que les conduites immatures (Schaefer, 1980). Ce type non-directif de thérapie fait la promotion chez l'enfant de l'acceptation totale de ce qu'il est et met l'importance sur la relation thérapeutique. Moustakas (1966), un autre thérapeute d'enfant important, met l'accent sur l'authenticité du thérapeute au carrefour du succès ou de l'échec de la thérapie et sur l'ici et maintenant. Axline (1969, cité par Gil, 1991) dégage l'importance de la relation thérapeutique comme un facteur décisif. Les techniques non-directives sont toujours d'un grand secours dans l'évaluation diagnostique et, comme l'a montré Guerny (1980), elles se sont montrées effectives dans une large gamme de problèmes. Les thérapeutes non-directifs se laissent diriger, se gardent de réagir aux patients et se centrent toujours sur le patient lui laissant l'initiative (Gurney, 1980). Les thérapeutes directifs créent et structurent la situation ludique pour élucider, stimuler et améliorer les processus inconscients et masqués du patient ou pour affronter les mécanismes de défense du patient dans ses conduites manifestes en le dirigeant et en

l'encourageant dans la direction qui lui est bénéfique. La relation thérapeutique met l'accent sur la patientèle pour éviter la dépendance et l'autoritarisme de la relation soignant-soigné pourvoyeur-dépendant.

Le paradoxe du jeu est qu'il suppose à la fois une distance entre la représentation et ce qui est représenté, une distance suffisamment grande pour ne pas se prendre dans le jeu et suffisamment faible pour y entrer. Dans le jeu ordinaire, la distance est clairement maintenue tandis que dans le jeu post-traumatique, elle peut être tellement faible que la réalité et la fiction se confondent. Le jeu post-traumatique est une reconstitution tellement réaliste du drame originel qu'il amplifie parfois l'horreur et la terreur ressenties au moment du drame (Terr, 1991). Il est du devoir du ludothérapeute de guider le déroulement du jeu en le maintenant dans sa trajectoire optimale pour soulager le patient. Les écrits sur la ludothérapie mettent de plus en plus l'accent sur le rôle actif et directif du thérapeute pour éviter que ces patients ne restent collés à leurs souvenirs du drame (Friedrich, 1990). Lorsque le monde devient imprévisible et dangereux, les sujets cherchent des moyens de jouer en évitant tout ce qui évoque le drame qui les a fait souffrir. Ils peuvent ainsi se retenir de s'engager profondément dans le jeu en gardant une grande distance avec l'événement traumatisant. Le rôle du thérapeute est de s'assurer que le patient s'engage suffisamment dans le jeu pour croire à sa représentation et qu'il garde une distance suffisamment grande pour ne pas le confondre avec la réalité. Selon James (1989), les techniques non-directives, largement utilisées avec les patients, sont toutefois insuffisantes, à moins de les combiner avec des techniques directives. Une approche mixte peut servir au mieux les besoins du patient pour différentes raisons. En encourageant l'expression des patients avec différentes techniques et différents outils, le thérapeute tente de comprendre les liens traumatiques et cherche les façons de raviver le fantasme des patients qui peuvent jouer activement et révéler leur vécu. Les techniques de représentation ludique avec des modèles réduits ou maquettes, jeux de société et expressions artistiques peuvent être employées de différentes façons. Un thérapeute non-directif fournit au patient un large éventail d'occasions de raconter des histoires, de reconstituer avec des maquettes ou modèles réduits des scènes qu'il a déjà vécu et d'exprimer de façon artistique (le dessin) son vécu, tandis qu'un thérapeute directif demande au patient de dessiner une scène précise ou de lui raconter son histoire exacte. Les ludothérapeutes utilisent pour la plupart des techniques mixtes, c'est-à-dire parfois directives et parfois non directives. Il n'y a pas de règles absolues et strictes. Parfois, un sujet traumatisé, se débattant avec un drame, fait une demande surprenante pour un objet inhabituel. Il est possible que cet objet puisse contenir le déferlement d'émotions. Il peut aussi révéler un aspect insoupçonné du drame. Les ludothérapeutes varient beaucoup dans leur degré d'acceptation de la directivité du patient. Certains apprennent beaucoup plus en laissant le patient vagabonder dans ses activités ludiques de toutes

les formes d'art qui expriment finalement ses conflits internes et ses préoccupations^[26]. D'autres sont très directifs en poussant par exemple le patient à la confrontation par le jeu et la discussion.

Les traitements se complexifient des militaires à la population civile plus diverse dans des situations plus variées et dans cette catégorie se trouvent les femmes et les enfants victimes des violences familiales plus discrètes et plus secrètes. Au Canada, la prise en charge des enfants est immédiate selon des modalités provinciales. Au Québec, la DPJ répond à cette patientèle particulière des enfants. Les adultes s'adressent directement au CLSC ou par l'intermédiaire de la police qui a fait les constats. Les traitements d'un traumatisme psychologique au premier temps de la survenue sont beaucoup plus faciles qu'au deuxième temps des dégâts post-traumatiques, dans le cadre du traumatisme à deux temps de la théorie de la séduction. Éventuellement, IVAC (Indemnisation aux Victimes d'Actes Criminels) peut couvrir le cas. Le patient ne paie pas les honoraires du praticien qui est directement rétribué pour ses actes par les institutions sociales de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, à la différence de la sécurité sociale française. Des hôpitaux aux Centres des Services Sociaux, la gestion est assurée par un Conseil d'Administration formé des élu(e)s qui représentent à la fois les « agents » rémunérés et les « patients » inscrits comme usagers de la population dite « interne » de l'institution et les membres de la population dite « externe » de la communauté desservie par l'institution. Ce Conseil d'Administration loue les services des agents de différents niveaux de la hiérarchie, de la direction générale au plus humble niveau indispensable de l'entretien ménager.

3.5 Médicaments

3.5.1 Antidépresseurs

Les antidépresseurs de types ISRS sont proposés en première ligne^{[36],[37]}. Ceux évalués sont le citalopram, l'escitalopram^[38], la fluoxétine^[39], la fluvoxamine^[40], la paroxétine^[41], et la sertraline^{[39],[42]}. Les antidépresseurs tétracycliques font preuve d'une relative efficacité^[réf. nécessaire]. Il faut en revanche éviter d'administrer des molécules psychostimulantes (activant directement ou indirectement les récepteurs monoaminergiques), telles que des antidépresseurs ISRS ou IRSN, chez un traumatisé : cela peut aggraver ses troubles^{[43][réf. insuffisante]}.

3.5.2 Bêta-bloquants et alpha-bloquants

Les bêta-bloquants, tels que le propranolol ainsi que les alpha-bloquants tels que la prazosine sont eux, particulièrement efficaces. Concernant le propranolol, il est à l'étude pour empêcher dès le début la formation d'un TSPT.

Pour cela, il faudrait administrer cette molécule aussitôt après que l'évènement potentiellement traumatisant a été subi^[44]. En diminuant immédiatement les libérations et fixations d'adrénaline ^[réf. nécessaire], le propranolol pourrait réduire la charge anxieuse spontanée et initiale de l'évènement et ainsi, limiterait voire empêcherait la constitution de souvenirs anxiogènes et récurrents liés à cet évènement. La prescription de bêta-bloquant à la demande, à l'issue de chaque reviviscence du Stress post-traumatique, pourrait éviter le recyclage mémoriel de la charge émotionnelle de l'évènement originel stressant^[45]. Ainsi serait progressivement atténué l'effet chronique de ce stress. Certains sites Internet tels que *Carrot Of Hope*^[43] recommandent de combiner une molécule alpha-bloquante et une molécule bêta-bloquante (telle que le propranolol).

3.5.3 Agonistes alpha 2

Les agonistes du récepteur alpha-2 à la noradrénaline, tels que la clonidine, peuvent être utiles car ils diminuent les taux d'adrénaline et de noradrénaline, aidant ainsi à combattre certains symptômes de cette maladie^[46].

3.5.4 Anti-histaminiques

Les antihistaminiques (hydroxyzine et cyproheptadine notamment), la trazodone et ses dérivés pourraient être utiles ^[réf. nécessaire].

3.5.5 Neuroleptiques

Certains antipsychotiques comme la quetiapine s'avèrent relativement efficaces pour mettre à l'écart la plupart des symptômes comme les comportements d'évitement, les réminiscences et les pensées intrusives. Toutefois leur efficacité est limitée et l'effet antidopaminergique peut faire apparaître de nouvelles angoisses (akathisie)^[réf. nécessaire]. Lorsque s'ajoutent des troubles du comportement (tels que de l'agitation), un neuroleptique plus sédatif comme la loxapine peut être consommé de manière ponctuelle au moment où ces troubles du comportement se déclarent.

4 Historique

4.1 Création du concept

Le neurologue allemand Hermann Oppenheim (1889) aurait le premier utilisé le terme de « névrose traumatique » pour décrire la symptomatologie présentée par des accidentés de la construction du chemin de fer^[47]. L'expression « Trouble de stress post-traumatique » (TSPT) a ensuite été attribuée à toute une gamme de symptômes et désordres résultant d'accidents industriels ou technologiques. Avec les deux guerres mondiales qui

ont marqué le siècle dernier, la psychiatrie militaire s'est à son tour emparée de l'expression, puis, les pacifistes et les féministes des années 1960-1970 en ont élargi la signification pour y inclure les problèmes engendrés par la violence familiale et sociale.

Herman Oppenheim a proposé le terme de « névrose traumatique » pour désigner les problèmes fonctionnels occasionnés par de subtils changements moléculaires dans le système nerveux central. L'apparition fréquente de symptômes cardiovasculaires chez les personnes traumatisées à la suite d'accidents de travail puis chez des soldats sur la ligne de feu a amorcé une longue tradition d'association des troubles du stress post-traumatique avec la « névrose cardiaque » (*cardiac neurosis*). La liste des dénominations peut se lire comme ceci : « cœur irritable » (*Irritable heart*) et « cœur de soldat » (*soldiers heart*) chez Myers (1870) et Da Costa (1871) selon l'antique représentation symbolique des émotions et des sentiments par le cœur où se confondent le cœur-symbole et le cœur-organe. Les appellations différentes se poursuivent avec une « action désordonnée du cœur » (*disorderly action of the heart*) et une « asthénie neurocirculatoire » (*neurocirculatory asthenia*), selon Merskey (1991, cité par Van der Kolk^[47]).

À l'époque de la construction des chemins de fer, Charcot avait remarqué de semblables symptômes chez ses patients et patientes à l'hôpital la Salpêtrière de Paris. Il se consacra, ainsi que Pierre Janet et Sigmund Freud, à l'étude de la « névrose hystérique ». Charcot fut le premier à décrire les problèmes de suggestibilité et les crises mémorables de dissociation résultant des expériences insoutenables subies par ses patients. Pendant que Charcot poussait Janet à étudier la nature de la dissociation et les souvenirs traumatiques, deux autres de ses disciples, Gilles de la Tourette et Joseph Babinski, se sont concentrés sur la suggestibilité hystérique. Lorsque Babinski prit la direction de l'Hôpital de la Salpêtrière à la suite de Charcot, un revirement se produisit avec le rejet de la thèse défendue par Charcot de l'origine organique de l'hystérie. Babinski insista plutôt sur le rôle de la simulation et de la suggestibilité dans l'étiologie de l'hystérie. L'intérêt porté à la notion de trauma va s'accroître au cours de la Première Guerre mondiale qui fit des millions de victimes civiles et militaires. La psychiatrie militaire s'intéressa d'abord au « choc des tranchées » (Shellshock) (Myers, 1940 ; Southard, 1919) causé par la terreur des bombardements d'artillerie et l'horreur de la boucherie des corps disloqués ou de la « névrose de guerre » (Grinker et Spiegel, 1943, 1945 ; Mott, 1919) ou à la « traumatophobie » (littéralement « peur des blessures », Hado, 1942) que l'on invoque pour justifier des condamnations et des exécutions pour « couardise en face de l'ennemi »^[47].

4.2 Expansion avec les victimes de guerre

Durant la Première Guerre mondiale, les Anglais et les Français font simplement passer au peloton d'exécution

les terrorisés en tant que « lâches » et « mutins », comme dans l'Affaire des caporaux de Souain. Pendant la Seconde Guerre mondiale, le général George Patton a giflé un soldat terrorisé en le traitant de lâche avant d'être obligé de lui présenter des excuses au cours d'une cérémonie publique.

Les premiers psychanalystes sont porteurs d'un apport fécond à la connaissance des névroses traumatiques. Freud mesure les effets de cette affection chez un membre de sa famille^[48]. Il appréhende cette pathologie dans ses écrits de guerre et d'après guerre. Plusieurs de ses disciples vont occuper des postes de médecin militaire. Karl Abraham, parent d'Oppenheim^[49], peut par son activité auprès de soldats souffrant de traumatismes physiques enrichir sa compréhension des traumatismes psychiques^[50]. Devenu psychiatre, il utilise dans sa pratique une sorte de « psychanalyse simplifiée ». À la fin de la guerre, il a la direction à Allenstein d'un service psychiatrique d'orientation psychanalytique^[51]. Ernst Simmel utilise une thérapie cathartique et obtient avec elle des succès. Sandor Ferenczi montre que la psychiatrie qui s'opposa à la psychanalyse, va durant la guerre, en utilisant sa terminologie, s'en rapprocher. Ernest Jones qui, lui, n'est pas mobilisé donc n'est pas soumis à des obligations hiérarchiques peut poursuivre des psychanalyses avec des soldats choqués en demandant des délais aux autorités^[52]. Il insiste sur le conflit psychique et se rapproche des formulations d'Abraham. Il faut noter par ailleurs que Victor Tausk comme psychiatre s'intéresse aux psychoses de guerre^[53], à la différence des autres psychanalystes tournés vers les névroses de guerre^[54]. Enfin Helene Deutsch étudie l'incidence symptomatologique de la guerre sur les femmes à partir d'un service dont elle a la charge à la clinique de Julius Wagner-Jauregg^[55]. À ce titre elle va s'occuper d'une légionnaire polonaise (Tréhel, 2013a), Magnus Hirschfeld rencontre lui aussi en consultation une femme soldat (Tréhel, 2013c). Georg Groddeck réalise des traitements psychanalytiques avec des soldats souffrant d'affections organiques de guerre^[56]. Notons aussi que Theodor Reik qui est mobilisé pendant la guerre s'intéresse à l'effroi et articule cette notion à la névrose traumatique^[57]. Très tôt les pratiques de soins de la névrose traumatique font débat entre soignants (Sigmund Freud / Julius Wagner-Jauregg) et politiques (Julius Tandler / Arnold Durig)^[58].

L'étude des « névroses traumatiques » s'est poursuivie sous des noms divers et peut-être plus réalistes « d'usure au combat » (*battle fatigue*) et de « secousse de combat » (*battle shock*) qui mettent l'accent sur les réactions de stress étudiées en physiologie par Hans Selye. Les séquelles psychologiques graves présentées par les anciens combattants des États-Unis revenus massivement du Viêt Nam en 1973 ont entraîné un regain d'intérêt pour la pathologie traumatique qui devint de plus en plus connue sous le nom de « trouble de stress post-traumatique » où les symptômes apparaissent bien

après la survenue de l'événement traumatisant. Burgess et Holstrom, avec *Rape trauma syndrom* (1974), ont mis en évidence les séquelles psychologiques et somatiques d'une autre sorte de traumatisme passée sous silence depuis l'abandon par Sigmund Freud lui-même de sa propre théorie de la séduction. Il s'agit du traumatisme à la suite d'un viol ou d'une agression sexuelle, tandis qu'inversement, les traumatismes liés aux fausses accusations de viol ou d'agression sexuelles ne semblent pas avoir suscité le même intérêt.

Avec la psychiatrie militaire, les études sur le traumatisme psychologique étaient d'abord centrées sur les hommes. Burgess et Holstrom, de l'hôpital *Boston City View*, ont décrit le « syndrome du traumatisme de viol » (*Rape trauma syndrom*) faisant remarquer la similarité des cauchemars et du surgissement inopiné d'images terrifiantes chez les femmes victimes de viol et les anciens combattants qui souffrent de névroses traumatiques de guerre. À la même époque, Kempes (1978) entreprenait ses travaux sur les enfants battus et ses recherches systématiques sur les effets de la violence familiale^[47]. Aux États-Unis à la même époque, Horowitz (1978) proposait un modèle du syndrome de la réponse au stress (en anglais : *Stress Response Syndrom*) fondé sur des expériences de psychothérapie avec des victimes d'événements ayant mis leur vie en danger. Horowitz s'est inspiré du traumatisme à deux temps de Freud, dans sa théorie de la séduction proposée et abandonnée par lui-même, pour définir les réponses en deux phases (*biphasic responses*). Terr (1979, 1983) a mis l'accent sur le développement des effets du trauma dans le fonctionnement psychologique chez les enfants enlevés dans un autobus scolaire à Chowchilla en Californie. Kristal (1978) a mis en évidence les effets du trauma dans la capacité à verbaliser les expériences intimes, dans la somatisation et dans la fonction symbolique. L'influence, aux États-Unis, des pacifistes et des féministes a poussé à faire reconnaître les traumatismes résultant des violences civiles, familiales et sexuelles et a contribué à faire progresser les recherches dans ce domaine pour aboutir à une description rigoureuse et précise du TSPT (trouble de stress post-traumatique) et à son inscription en 1980 dans le DSM ((ang), 3^e édition de l'*American Psychiatric Association*) et en 1992 à la Classification internationale des maladies (CIM), 10^e édition de l'Organisation mondiale de la santé).

5 Filmographie

- *Neurosciences - En finir avec la peur*, Arte.
- *Jimmy P. (Psychothérapie d'un Indien des plaines)*, 2013.
- *PSYCHOPTIK #1bis* : le traitement du PTSD.
- *Sans blessures apparentes*, Franck Dhelens, Jean-Paul Mari (témoignages de militaires, journalistes,

humanitaires ayant eu des troubles de stress post-traumatique), 2010^[59].

6 Notes et références

6.1 Notes

- [1] Aussi connu sous les termes de **Syndrome de stress post-traumatique**, SSPT, ou **État de stress post-traumatique**, ESPT

6.2 Références

- [1] (en) American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994 (ISBN 0-89042-061-0)
- [2] (en) Satcher D *et al.*, Mental Health : A Report of the Surgeon General, Surgeon General of the United States, 1999 (lire en ligne), « Chapter 4.2 »
- [3] (en) Brunet A, Akerib V, Birmes P, « Don't throw out the baby with the bathwater (PTSD is not overdiagnosed) », *Can J Psychiatry*, vol. 52, n° 8, 2007, p. 501–2 ; discussion 503 (PMID 17955912, lire en ligne [PDF])
- [4] (en) Babette Rothschild, *The Body Remembers : The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*, New York, W.W. Norton & Company, 2000 (ISBN 0393703274)
- [5] (en) H. I. Kaplan et B. J. Sadock, *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry : Behavioral sciences, clinical psychiatry*, Baltimore, 7th, 1994, 606–609 p..
- [6] (en) Satcher D, *Mental Health : A Report of the Surgeon General, Surgeon General of the United States, 1999* (lire en ligne), « Chapter 4 ».
- [7] Carlson 1997.
- [8] Monfort E, Tréhel G. « Symptômes de stress post-traumatique au cours du très grand âge » *Revue Francophone du stress et du Trauma* 2007 ;7(4) :257-68.
- [9] WEATHERS F.W., KEANE T.M., DAVIDSON J.R. Clinician administered PTSD scale : a review of the first ten years of research. *Depression Anxiety* 2001 ;13 :132-156.
- [10] « Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) », *U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Mental Health (NIMH)* (consulté le 16 décembre 2011).
- [11] Mayo Clinic staff, « Post-traumatic stress disorder (PTSD) », Mayo Foundation for Medical Education and Research (consulté le 16 décembre 2011).
- [12] (en) Fullerton CS, Ursano RJ, Wang L, « Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, and Depression in Disaster or Rescue Workers », *Am J Psychiatry*, vol. 161, n° 8, 2004, p. 1370–1376 (PMID 15285961, DOI 10.1176/appi.ajp.161.8.1370)
- [13] (en) Kelleher I, Harley M, Lynch F, Arseneault L, Fitzpatrick C, Cannon M, « Associations between childhood trauma, bullying and psychotic symptoms among a school-based adolescent sample », *Br J Psychiatry*, vol. 193, n° 5, novembre 2008, p. 378–82 (PMID 18978317, DOI 10.1192/bjp.bp.108.049536).
- [14] (en) « Are they really out to get your patient ? », *Current Psychiatry*, vol. 8, n° 4, 2010 (lire en ligne [PDF])
- [15] (en) Oram S, Stöckl H, Busza J, Howard LM, Zimmerman C, « Prevalence and risk of violence and the physical, mental, and sexual health problems associated with human trafficking : systematic review », *PLoS Med*, vol. 9, n° 5, 2012, e1001224. (PMID 22666182, PMCID PMC3362635, DOI 10.1371/journal.pmed.1001224, lire en ligne [html])
- [16] McCloskey LA, Walker M, « Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 39, n° 1, 2000, p. 108–15 (PMID 10638074, DOI 10.1097/00004583-200001000-00023)
- [17] Binder EB, Bradley RG, Liu W, Epstein MP, Deveau TC, Mercer KB, Tang Y, Gillespie CF, Heim CM, Nemeroff CB, Schwartz AC, Cubells JF, Ressler KJ, « Association of FKBP5 polymorphisms and childhood abuse with risk of posttraumatic stress disorder symptoms in adults », *JAMA*, vol. 299, n° 11, mars 2008, p. 1291–305 (PMID 18349090, PMCID 2441757, DOI 10.1001/jama.299.11.1291)
- [18] Peggy Peck, Executive Editor, « Genes May Affect Lifelong Impact of Child Abuse », *MedPage Today*, 9 mars 2008
- [19] (inscription nécessaire) Constance Holden, « Seeds of PTSD Planted in Childhood » (Archive • Wikiwix • Archive.is • Google • Que faire ?), 18 mars 2008, mis en ligne le 2008-06-03.
- [20] Olszewski TM, Varrasse JF, « The neurobiology of PTSD : implications for nurses », *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, vol. 43, n° 6, 2005, p. 40–7 (PMID 16018133)
- [21] Ehlers A, Hackmann A, Michael T, « Intrusive re-experiencing in post-traumatic stress disorder : Phenomenology, theory, and therapy », *Memory*, vol. 12, n° 4, 2004, p. 403–415 (PMID 15487537, DOI 10.1080/09658210444000025)
- [22] (en) J. S. Maxmen et N. G. Ward, *Psychotropic drugs : fast facts*, New York, 3rd, 2002 (ISBN 0-393-70301-0), p. 348.
- [23] Cohen SI, « Alcohol and benzodiazepines generate anxiety, panic and phobias », *JR Soc Med*, vol. 88, n° 2, février 1995, p. 73–77 (PMID 7769598, PMCID 1295099)
- [24] R. Spates et Souza, « Treatment of PTSD and Substance Abuse Comorbidity », *The Behavior Analyst Today*, vol. 9, n° 1, 2007, p. 11–26 (lire en ligne).

- [25] Lagarde E, « Association of symptoms following mild traumatic brain injury with posttraumatic stress disorder vs postconcussion syndrome », *JAMA Psychiatry*, 16 juillet 2014 (ISSN 2168-622X, DOI 10.1001/jamapsychiatry.2014.666, lire en ligne)
- [26] Monahan 1993
- [27] (en) ABCNews by Lara Salahi June 6, 2011 « Meditation Heals Military Vets With PTSD »
- [28] (fr) abcNEWS : Jerry Seinfeld et l'importance de la méditation contre le SSPT
- [29] (en) la Fondation David Lynch : "Overcoming the Nightmare of Post-Traumatic Stress Disorder". Eighteen veterans will commit suicide every day—a horrific consequence of post-traumatic stress disorder (PTSD). In fact, more veterans die by suicide every year than are killed annually in Iraq and Afghanistan.
- [30] A Transcendental Cure for Post-Traumatic Stress. One study of soldiers showed a 50% reduction in symptoms after eight weeks of meditation
- [31] organisée par la Fondation David Lynch organise une « opération bien-être des guerriers » (Operation Warrior Wellness)
- [32] (en) Clint Eastwood s'engage en faveur de la méditation transcendantale pour aider les vétérans à surmonter le syndrome de stress post-traumatique (*Operation Warrior Wellness*) "When you consider the anxieties of combat that our men and women of the Armed Forces endure, then it's clear that TM is a great tool for them." (« Quand vous considérez les angoisses du combat que nos hommes et femmes des forces armées endurent, alors il est clair que la méditation transcendantale est un outil formidable pour eux »)
- [33] Martin Scorsese au Gala de bienfaisance de la Fondation David Lynch "On this night, as you're trying to raise the funds necessary to bring Transcendental Meditation to students, veterans, homeless men and women, native Americans, anyone suffering from strong stress, I want to thank you. I encourage all of you gathered here tonight to support this foundation."
- [34] Alternative treatment promoted for soldiers suffering from PTSD
- [35] « La Fondation David Lynch organise un Gala de bienfaisance nommé "Change Begins Within" au Metropolitan Museum of Art, December 13, 2010 » (consulté le 30 mars 2013)
- [36] Berger W, Mendlowicz MV, Marques-Portella C, Kinrys G, Fontenelle LF, Marmar CR, Figueira I, « Pharmacologic alternatives to antidepressants in posttraumatic stress disorder : a systematic review », *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, vol. 33, n° 2, mars 2009, p. 169–80 (PMID 19141307, PMCID 2720612, DOI 10.1016/j.pnpbp.2008.12.004)
- [37] Cooper J, Carty J, Creamer M, « Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder : empirical review and clinical recommendations », *Aust N Z J Psychiatry*, vol. 39, n° 8, août 2005, p. 674–82 (PMID 16050921, DOI 10.1111/j.1440-1614.2005.01651.x)
- [38] Yehuda R, « Biology of posttraumatic stress disorder », *J Clin Psychiatry*, vol. 61, n° Suppl 7, 2000, p. 14–21 (PMID 10795605)
- [39]
- [40] Marshall RD, Beebe KL, Oldham M, Zaninelli R, « Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD : a fixed-dose, placebo-controlled study », *Am J Psychiatry*, vol. 158, n° 12, décembre 2001, p. 1982–8 (PMID 11729013, DOI 10.1176/appi.ajp.158.12.1982, lire en ligne)
- [41] Brady K, Pearlstein T, Asnis GM, Baker D, Rothbaum B, Sikes CR, Farfel GM, « Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder : a randomized controlled trial », *JAMA*, vol. 283, n° 14, avril 2000, p. 1837–44 (PMID 10770145, DOI 10.1001/jama.283.14.1837, lire en ligne)
- [42] Davidson JR, Rothbaum BO, van der Kolk BA, Sikes CR, Farfel GM, « Multicenter, double-blind comparison of sertraline and placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder », *Arch Gen Psychiatry*, vol. 58, n° 5, mai 2001, p. 485–92 (PMID 11343529, DOI 10.1001/archpsyc.58.5.485, lire en ligne)
- [43] <https://www.causes.com/carrotsofhope>
- [44] (en) Nugent NR, Christopher NC, Crow JP, Browne L, Ostrowski S, Delahanty DL., « The efficacy of early propranolol administration at reducing PTSD symptoms in pediatric injury patients : a pilot study », *J Trauma Stress.*, vol. 23, n° 2, 2010, p. 282-7. (PMID 20419738, PMCID PMC3050589, DOI 10.1002/jts.20517)
- [45] <http://www.ladepeche.fr/article/2013/03/17/1584340-a-toulouse-on-efface-vos-pires-souvenirs.html>
- [46] E Khoshnu, « Clonidine for Treatment of PTSD », *Clinical Psychiatry News*, vol. 34, n° 10, octobre 2006, p. 22 (DOI 10.1016/S0270-6644(06)71796-9, lire en ligne) Modèle:Login required
- [47] (en) Bessel A. Van Der Kolk, Alexander C. McFarlane, Lars Weisæth (1996) « Trauma and memory ». In *Traumatic stress : the effects of overwhelming experience on mind, body and society*, p. 3-23, 279-302. New York : Guilford Press (OCLC 243846786)
- [48] Gilles Tréhel. « Sigmund Freud (1856-1939) : un papa de guerre » *L'Information Psychiatrique*, 2008, 84, n° 4, p. 329-342.
- [49] Gilles Tréhel « Karl Abraham (1877-1925) et Hermann Oppenheim (1857-1919) : rencontre autour des névroses traumatiques de paix » *L'Information Psychiatrique* 2005, 81, n° 9, p. 811-822.
- [50] Gilles Tréhel « Karl Abraham (1877-1925) : travail en chirurgie militaire et intérêt pour les névroses traumatiques de guerre » *Cliniques méditerranéennes* 2007, n° 76, p. 235-254.

- [51] Gilles Tréhel « Karl Abraham (1877-1925) : psychiatre de guerre à l'hôpital d'Allenstein » *Perspectives Psy* 2010, n° 2, p. 144-157.
- [52] Gilles Tréhel « Ernest Jones (1879-1958) : psychanalyse et choc de guerre » *L'Information Psychiatrique* 2006, 82, n° 7, p. 611-621.
- [53] Gilles Tréhel « Victor Tausk (1879-1919) et la médecine militaire » *L'Information Psychiatrique* 2006, n° 3, p. 239-247.
- [54] Gilles Tréhel « Victor Tausk (1879-1919) : une théorisation sur les psychoses de guerre » *Perspectives Psy* 2011, n° 2, p. 162-175.
- [55] Gilles Tréhel « Helene Deutsch (1884-1982) : théorisations sur les troubles psychiatriques des femmes pendant la première guerre mondiale » *L'Information Psychiatrique* 2007, 83, n° 4, p. 319-326
- [56] Tréhel, G. « Georg Groddeck (1866-1934) : traitement psychanalytique des affections organiques de guerre » *Annales Médico-psychologiques* disponible en ligne le 8 janvier 2014 DOI :10.1016/j.amp.2013.11.002
- [57] Gilles Tréhel, « Theodor Reik (1888-1969) : sur l'effroi », *L'Information Psychiatrique*, vol. 88, n° 6, 1^{er} juin 2012, p. 455-466 (ISSN 0020-0204, lire en ligne)
- [58] Tréhel G., « Sigmund Freud, Julius Wagner von Jauregg, Arnold Durig, Julius Tandler », *L'Information psychiatrique*, vol. 89, n° 7, 2013, p. 587-598 (résumé)
- [59] Sans blessures apparentes, Enquête chez les damnés de la terre
- (en) Bowlby, J. 1988. *Secure Base : Clinical applications of attachment theory*. London :Routledge
 - Brillon, P., Marchand, A. et Stepheson, R. 1996. « Conceptualisations étiologiques du trouble de stress post-traumatique : description et analyse critique ». RFCCC, vol. 1, no 1, p. 1-12
 - (en) E. B. Carlson, *Trauma assessments : A clinician guide*, New York, Guilford Press, 1997
 - (en) Catherall, D. R. 1991. « Aggression and protective identification in the treatment of victims ». *Psychotherapy*, n° 28, p. 14-149
 - (en) Chetnik, M. 1989. *Techniques of child therapy*. New York : Guilford Press
 - (en) Davis, N. 1990. *Once upon a time... Therapeutic stories to abused children*. Oxon Hill, MD. Psychological Associates of Oxon Hill
 - (en) Erikson, E. M. 1963. *Childhood and society*. New York : Norton
 - (en) Eth, et Pynoos, R. S. 1985. « Developmental perspective on psychic trauma in childhood ». In *Trauma and its wake*, sous la direction de C.R. Figley, p. 36-52. New York : Brunner/Mazel
 - (en) Figley, C. R. 1985. *Trauma and its wake*. New York : Brunner/Mazel
 - (en) Finch, A. J. et Daugherthy, T. K. 1993. « Issues in the assessment of post –traumatic stress disorder in children ». In *Children and disasters*, sous la direction de C.F. Taylor, p. 45-66. New York : Plenum Press
 - (en) Fletcher, K. E. 1996. « Childhood-post-traumatic stress disorder ». In *Child Psychopathology*, p. 242-276. New York : Guilford Press
 - (en) Foa E.B., Stocketee, G., Rothbaum, B. O. 1989. « Behavioral/cognitive conceptualiation of post-traumatic stress disorder ». *Behavioral Therapy*, n° 20, p. 155-176
 - (en) Friedrich, W. N. 1990. *Psychotherapy of sexually abused children and their families*, New York : Norton
 - (en) Gaston, L. 1995. « Dynamic therapy for post-traumatic stress disorder : Dynamic therapies for psychiatric disorders (axis 1) ». In *Handbook of diagnosis and treatment of the DSM-IV personality disorders*, Len Sperry (Ed), vol. 47, n° 19, p. 161-192
 - (en) Gil, E. 1991. *The healing power of play : Working with abused children*. New York, Guilford Press
 - (en) Guernsey, L. F. 1983. « Nondirective play therapy ». In *Handbook of play therapy*, p. 21-64. New York : Wiley

7 Annexes

 : document utilisé comme source pour la rédaction de cet article.

7.1 Bibliographie

- (en) Jerry Yellin, Dr. Sarina J. Grosswald, *The Resilient Warrior*, TotalRecall Publications, 2011, 142 p. (ISBN 1590957040 et 978-1590957042, lire en ligne)
- Claude Barrois, *Les névroses traumatiques : Le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques*, Dunod, 1998 (ISBN 2100040375)
- E. Josse, *Le pouvoir des histoires thérapeutiques. L'hypnose éricksonienne dans le traitement des traumatismes psychiques*, Paris, La Méridienne, Desclée De Brouwer, 2007
- Jean-Paul Mari, *Sans blessures apparentes*, Robert Laffont, 2008 (ISBN 2221107314),
- *Victimes*, n° spécial de *l'Évolution psychiatrique*, 2002 (ISBN 2842993829)

- (en) Hartman, C. R., et Burgess, A. W. 1986. « Information processing of trauma ». *Journal of interpersonal violence*, n° 3, p. 443-457
- (en) Horowitz, M. J. 1978. *Stress person syndroms*. New York : Jason Aronson
- (en) Horowitz, M. J. 1986. *Stress person syndromes* (2° ed). New York : Jason Aronson
- (en) James, B. 1989. *Treating traumatized children. New insights and creative interventions*. New York : Lexington Books
- (en) James, B. 1994. « Long term treatment for children with severe trauma history ». In *Handbook of post-traumatic therapy*, p. 51-68. Westport, CT : Greenwood Press
- (en) Klein, M. 1937. *The psychoanalysis of children*, 2nd ed. London : Hogarth Press
- (en) Krystal, H. 1978. « Trauma and affects ». *Psychoanalytic studies of the child*, n° 33, p. 81-116
- Larousse, P. 1999. *Le Petit Larousse illustré*. Paris : Larousse
- (en) Levine, P. A. 1997. *Waking the tiger : Healing trauma*. Berkeley : North Atlantic Books
- (en) Lipoovsky, J. A. 1992. « Assessment and treatment of post-traumatic stress disorder : Child survivor of several assaults » . In *Treating PTSD : Cognitive-behavioral strategies*, sous la direction de D.W. Foy, p. 127-164. New York : Guilford Press
- (en) Lowenstein, R. J. 1996. « Dissociative amnesia and dissociative fugue ». In *Handbook of dissociation : Theoretical, empirical and clinical perspective*, p. 307-336. New York : Plenum Press
- (en) Mills, J. C. & Crowley, R. J. 1986. *Therapeutic metaphors for children*. New York : Brunner/Mazel
- (en) C. Monahan, *Children and trauma : A parent's guide helping children heal*, New York : Guilford Press, 1993
- (en) Moustakas, C. 1966. *The Child disorder of himself*. New York : Ballantine
- (en) Nader, K. 1996. « Assessing traumatic experiences in children ». In *Assessing psychological trauma and PTSD*, p. 221-348. New York : Guilford Press
- (en) Newman, E., Kaloupek, D. G. et T.M.Keane. 1996. « Assesment of PTSD in clinical and research setting ». In *Traumatic stress : The effects of overwhelming experience on mind, body and society*, p. 242-275. New York : Guilford Press
- (en) Piaget, J. 1969. *The mechanisms of perception*. New York : Basic Books
- (en) Putnam, F. W. 1996. « Post-traumatic stress disorder in children and adolescents ». *American Psychiatric Press review of psychiatry*, p. 307-336. Washington, D.C. : American Psychiatry Press
- (en) Pynoos, R. S. et Nader, K. 1988. « Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence : Research implications ». *Journal of traumatic stress*, vol. 1, n° 4, p. 445-473
- (en) Pynoos, R. S. et Nader, K. 1993. « Issues in the treatment of post-traumatic stress in children and adolescent ». In *International handbook of traumatic stress syndromes*, sous la dir. de J. T. Wilson et B. Raphael. p. 535-549. New York : Plenum Press
- (en) Pynoos, R. S., Steinberg, A. M. et Goejean, A. 1996. « Traumatic stress in childhood and adolescence : Recent development and current controversies ». In *Traumatic stress : the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. p. 331-358. New York : Guilford Press
- (en) Rapoport, J. L. et D. R. Ismond, 1996. *DSM-IV training guide for diagnosis of childhood disorders*. New York : Brunner/Mazel
- Roques, J., « EMDR- Une révolution thérapeutique », La Méridienne, Desclée De Brouwer, sept. 2004
- Roques, Jacques, *Guérir avec l'EMDR - Traitements - Théorie - Témoignages*, le Seuil, janvier 2007
- Roques, Jacques, *Découvrir l'EMDR* - InterEditions, mai 2008
- (en) Schaefer, C. E (1980) *Play therapy*. New York : Spectrum
- (en) Schaefer, C. E. et K. J. O'Connor (1983) *Handbook of play therapy*. New York : Wiley
- (en) Seligman, M. E. P. (1975) *Helplessness : On depression, development and death*, San Francisco : Freeman
- Shapiro, Francine, *Des yeux pour guérir*, Éditions du Seuil, 2005
- Shapiro, Francine, *Manuel d'EMDR*, Interéditions, mai 2007
- (en) Terr, L. C. 1979. « Children of Chowchilla : A study of psychic trauma ». *Psychoanalytic study of the child*, n° 34, p. 552-623
- (en) Terr, L. C. 1983. « Chowchilla revised : the effect of psychic trauma four years after a school bus kidnapping ». *American journal of psychiatry*, n° 140, p. 1543-1550

- (en) Terr, L. C. 1991. « Childhood traumas : An outline and overview ». *American journal of psychiatry*, n° 148, p. 10-20
- (en) Van der Kolk, B. A. (1987) « The Psychological consequences of overwhelming life experiences ». In *Psychological trauma*. Washington, D. C. : American Psychiatric Press
- (en) Tréhel, G. (2013a) « Helene Deutsch (1884-1982) et le cas de la légionnaire polonaise ». *Perspectives Psy.* vol. 52, n° 2, p. 164-176
- (en) Tréhel, G. (2013c) « Magnus Hirschfeld (1868-1935) et la femme soldat ». *Topique.* vol. 125, p. 125-137

7.2 Source externe

-  Article sur le SSPT, rubrique *Le Cerveau à tous les niveaux* sur le site www.lecerveau.mcgill.ca - consulté le 22 février 2015.

7.3 Articles connexes

- Syndrome post-commotionnel
- Obusite
- Vent du boulet
- Troubles comportementaux de guerre
- Art-thérapie, ou thérapie par l'art.

7.4 Liens externes

- Vivre et survivre avec le SSPT Pages créées par un grand brûlé dans un site décrivant son accident.
- Institut Psychotrauma D^r Gisela Perren-Klinger
- Veterans and PTSD
- Info-trauma.org, Site sur le traumatisme psychique de l'Université McGill
- Journal international de victimologie (articles en libre accès, revue financée par le conseil de recherches en sciences humaines du Canada)

-  Portail de la médecine

-  Portail de la psychologie

-  Portail de l'histoire militaire

-  Portail de la criminologie

8 Sources, contributeurs et licences du texte et de l'image

8.1 Texte

- **Trouble de stress post-traumatique** *Source* : https://fr.wikipedia.org/wiki/Trouble_de_stress_post-traumatique?oldid=115321184 *Contributeurs* : Aoineko, Cdang, Kndiaye, Nguyenld, Mu, Phe, Smily, Ollamh, Yug, Erestrebian, Padawane, Mirgolth, L'amateur d'aéroplanes, Seb35, Yepok, Inisheer, Arnaud.Serander, Gzen92, Buddho, Coyau, Wikizen, RobotQuistnix, Ultrogothe, YurikBot, Eskimbot, Jerome66, Ofix, Auriol, Takima, Yugiz, Pautard, SashatoBot, Jmax, Johner, Malost, Ji-Elle, Liquid-aim-bot, GaMip, Linan, Yohan Castel, Léon66, Thijs !bot, Groom Da Oger, Kyle the bot, BOT-Superzerocool, Petitemontagnedujura, .anacondabot, Ouicoude, Nono64, Sebleouf, Matrix76, Spangle, Analphabot, Salebot, Zorrobot, Basilus, Calay, VolkovBot, Ursina, Ezk, SieBot, Louperibot, Jérémie2008, JLM, Ange Gabriel, LordAnubisBOT, Vlaam, PipepBot, Alphos, Lurette, Chrono1084, BOTarate, Superjuju10, HerculeBot, WikiCleanerBot, Letartean, SilvonenBot, ZetudBot, Ggal, SpBot, Luckas-bot, Denispir, Herbch, ArthurBot, Soren56, Xqbot, MathsPoetry, RibotBOT, JackBot, Nouill, Lucignolobrescia, *SM*, MastiBot, Lomita, Botozor, ManiacKilla, Lousk, WavesOfJoy, Jdontfight, Sahimrobot, WikitanvirBot, Jules78120, Zebulon84, Symbolium, DG-IRAQ, Rene1596, Notafool, Éric Messel, FDo64, BonifaceFR, Minsbot, Metameta, Obry, Selhene, Nicolas ANCEAU, Dimdle, StarusBot, Addbot, AméliorationsModestes, Freshgod, Leonard&guy, Zugmoy, Luc&Pauline, Jane&jacques, HunsuBot, Chakiraaa, NaggoBot, D7i5d, ZorroMetSonMasque et Anonyme : 60

8.2 Images

- **Fichier:Crime.svg** *Source* : <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/a/a9/Crime.svg> *Licence* : CC BY-SA 2.5 *Contributeurs* : Self made, based on Aiga's icons. *Artiste d'origine* : Abu badali, based on public domain Aiga's icons.
- **Fichier:Icon_pscho.svg** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/f/f7/Icon_pscho.svg *Licence* : CC BY-SA 3.0 *Contributeurs* : File:Icon psycho.png and File:Biohazard template.svg *Artiste d'origine* : Reubot
- **Fichier:Military_symbol.svg** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/5d/Military_symbol.svg *Licence* : CC-BY-SA-3.0 *Contributeurs* : Travail personnel *Artiste d'origine* : Ash Crow
- **Fichier:Nuvola_apps_ksig_horizonta.png** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/58/Nuvola_apps_ksig_horizonta.png *Licence* : LGPL *Contributeurs* : <http://www.icon-king.com> *Artiste d'origine* : David Vignoni
- **Fichier:Question_book-4.svg** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/64/Question_book-4.svg *Licence* : CC-BY-SA-3.0 *Contributeurs* : Created from scratch in Adobe Illustrator. Originally based on Image:Question book.png created by User:Equazcion. *Artiste d'origine* : Tkgd2007
- **Fichier:Recycle002.svg** *Source* : <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/e/ed/Recycle002.svg> *Licence* : CC-BY-SA-3.0 *Contributeurs* : own work with multiple sources for common (like image <http://www.symbols.com/encyclopedia/36/3613.html>) with enough significant effort to improve design *Artiste d'origine* : Marcelo Reis (image), bayo (svg conversion)
- **Fichier:Star_of_life2.svg** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/5b/Star_of_life2.svg *Licence* : Public domain *Contributeurs* : Travail personnel *Artiste d'origine* : Verdy p
- **Fichier:Star_of_life_caution.svg** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/d/d5/Star_of_life_caution.svg *Licence* : LGPL *Contributeurs* : After Staf of life caution.jpg where User:Mike.lifeguard - merged Nuvola apps important yellow.svg and Star of life.svg *Artiste d'origine* :
- Raster version by User:Mike.lifeguard
- **Fichier:USMC-120503-M-9426J-001.jpg** *Source* : <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/2/26/USMC-120503-M-9426J-001.jpg> *Licence* : Public domain *Contributeurs* : Cette image a été publiée par les *United States Marine Corps* sous l'identifiant 120503-M-9426J-001. Ce bandeau n'indique rien sur le statut de l'œuvre au regard du droit d'auteur. Un bandeau de droit d'auteur est requis. Voir Commons :À propos des licences pour plus d'informations. *Artiste d'origine* : Cpl. Andrew Johnston

8.3 Licence du contenu

- Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0