

CLINIQUE DU TRAUMA STRESS POST TRAUMATIQUE POSTURE INFIRMIERE

Sandrine Villemont

LE TRAUMATISME PSYCHIQUE

DEFINITION

- **Evènement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité par le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique.**

LE TRAUMATISME PSYCHIQUE

DEFINITION

- **Afflux d'excitations excessif
relativement à la tolérance du sujet et à
sa capacité de maitriser et d'élaborer
psychiquement ces excitations**

LE TRAUMATISME PSYCHIQUE

DEFINITION

- Trauma et traumatisme: termes anciennement utilisés en médecine et en chirurgie.

LE TRAUMATISME PSYCHIQUE

DEFINITION

- La psychanalyse a repris ces termes en transposant sur le plan psychique les 3 significations qui leur sont données:
 - Un choc violent
 - Une effraction
 - Conséquences sur l'ensemble de l'organisme

LE PTSD: BREF HISTORIQUE

- Les premiers accidents ferroviaires au 19^{ème} siècle. (Angleterre)
- Des personnes mortes de peur.
- Les termes essentiels de l'EPT-PTSD sont en place: la description des symptômes et leur détermination par la peur, ainsi que la possibilité d'une période asymptomatique entre l'accident et le début des troubles.

LE PTSD: BREF HISTORIQUE

- A la même époque en Allemagne: développement de la thèse émotionnelle centrée sur « l'effroi ».
- Freud (névrose traumatique).

LE PTSD: BREF HISTORIQUE

- A cette époque, les travaux (Freud, Janet) mettent en évidence:
 - Expérience traumatique
 - L'état psychologique au moment où l'on vit telle ou telle expérience de sa vie
 - Inscription particulière de certains souvenirs qui demeurent isolés des autres souvenirs
 - Effets pathogènes de ce type de souvenirs
 - Effet thérapeutique de la remémoration de ces souvenirs sous certaines conditions.

LE PTSD: BREF HISTORIQUE

- Les traumatismes de guerre, les névroses de guerre générés par les 2 guerres mondiales

LE PTSD: BREF HISTORIQUE

- Origine de la conception actuelle: les vétérans du Vietnam.
 - A l'intersection d'une démarche scientifique et d'un mouvement de revendication sociale.

LE PTSD: BREF HISTORIQUE

- Démarche scientifique: mise au point d'une classification des troubles mentaux a-théorique et standardisée. Publication en 1980: DSM-III
- Mouvement de revendication sociale : va permettre au PTSD de s'introduire dans le DSM-III

LE PTSD: BREF HISTORIQUE

- Aujourd'hui, les développements récents du PTSD concernent sa description chez l'enfant et le bébé.
- Pas de catégorie spécifique dans le DSM-IV.

CLINIQUE DU PTSD

- Dans le DSM-IV

CLINIQUE DU PTSD (DSM-IV)

- Réaction immédiate au stress:
 - État d'hébétude
 - Rétrécissement du champ de conscience
 - Désorientation voire confusion mentale (++++)
 - « état second »: état dissociatif aigu avec incapacité à intégrer d'autres stimuli, pouvant évoluer vers la stupeur.

CLINIQUE DU PTSD (DSM-IV)

- Réaction immédiate au stress:
 - État d'agitation, d'anxiété aiguë, de colère clastique, de fuite.
 - Amnésie partielle ou complète

L'évolution peut être rapide et l'ensemble des troubles peut disparaître sans séquelles apparentes en 48 à 72 heures.

CLINIQUE DU PTSD (DSM-IV)

- Après un temps de latence: le syndrome de répétition.
 - Souvenir répétitif du traumatisme, angoissant et obsédant
 - Cauchemars de répétition
 - Ruminations morbides, décharges d'émotion, impulsions agressives: reproductions symboliques du traumatisme.

CLINIQUE DU PTSD (DSM-IV)

- Après un temps de latence: le syndrome de répétition.
 - Réactions de sursaut
 - Crises d'angoisses

CLINIQUE DU PTSD (DSM-IV)

- Comportement d'évitement phobique

CLINIQUE DU PTSD (DSM-IV)

- Modifications de la personnalité
 - Comportement d'inhibition
 - Dépendance effective
 - Irritabilité, troubles du caractère
 - Préoccupations hypocondriaques
 - Somatisations diverses
 - Apparition d'idées délirantes

CLINIQUE DU PTSD (DSM-IV)

- Manifestations neurovégétatives
 - Asthénie
 - Troubles du sommeil
 - Difficultés de concentration

CLINIQUE DE L'EFFROI

- Menace vitale, confrontation au « **réel de la mort** »
- Eclatement, désintégration temporaire su psychisme
- Sentiment de total isolement au moment où se produit cette désintégration

CLINIQUE DE L'EFFROI

- Signes objectifs
 - Le stress adapté: réaction utile accompagnée de symptômes gênants: tachycardie, pâleur, spasmes, douleurs abdominales, tension psychique, pleurs

CLINIQUE DE L'EFFROI

- Les états de stress dépassé
 - Agitation avec fuite panique en avant vers le danger.
 - Etat de prostration (plus souvent)
 - Actes automatiques avec répétition de gestes simples, en apparence adaptés mais incongrus dans la situation.
- Ces états justifient une prise en charge immédiate par des gens formés au psycho trauma.

CLINIQUE DE L'EFFROI

- Signes subjectifs et modification du vécu
 - Expérience dissociatives péri traumatiques
 - Le temps est suspendu ou accéléré
 - la perception des distances peut être modifiée
 - Sensation de « mort psychique »
 - Sensation d'arbitraire « pourquoi moi? »

CLINIQUE DE L'EFFROI

- La culpabilité: une tentative du sujet pour reprendre le contrôle
- Importance de permettre la verbalisation de ces mouvements psychiques (sentiment d'arbitraire, culpabilité et altération du sentiment d'appartenance)

CLINIQUE DE L'EFFROI

L'existence d'un état pathologique antérieur à l'évènement, même stabilisé, entraîne une réapparition ou une aggravation des symptômes.

L'environnement

- Les proches: compassion/attitude culpabilisant, accusatrice, rejetante.
- L'institution: possible évitement des responsabilités
- La société via les médias

VULNERABILITE – RESILIENCE

Le devenir des personnes traumatisées

- Vulnérabilité:
 - facteur de risque pour le futur ?
 - Vulnérabilité antérieure au traumatisme?

VULNERABILITE – RESILIENCE

Le devenir des personnes traumatisées

- Dynamique de Résilience: il existe dans chaque être humain une potentialité à dépasser les traumatisme et à reconstruire.

POSTURE INFIRMIERE

principes de base

- Assurer une présence humaine sans être intrusif
- Reconnaître la souffrance de la victime, le préjudice subi.
- Rassurer la personne sur sa sécurité, la situer dans le « ici et maintenant »

POSTURE INFIRMIERE

principes de base

- Ne pas chercher à dédramatiser ou à parler d'autre chose.
 - Aider à la reconnaissance de la souffrance du sujet
 - Respecter la culpabilité initiale
 - Si le sujet a une responsabilité dans l'évènement: ne pas la nier

POSTURE INFIRMIERE

principes de base

- Admettre ses limites et garder son rôle propre
- Garder la bonne distance: être contenant.

EFFETS DU TRAUMA SUR LE SOIGNANT

- Comment se transmettent les effets du traumatisme au soignant?
 - Par exposition directe au traumatisme
 - Par contagion ?
 - Par traumatisme indirecte
 - Par effet cumulatif de situations ou de témoignages traumatiques
 - Par réveil de traumatismes personnels connus ou non du soignant

EFFETS DU TRAUMA SUR LE SOIGNANT

- Réactions négatives et mise en doute de la parole du patient. (cruauté extrême, inhumain)

EFFETS DU TRAUMA SUR LE SOIGNANT

- Jusqu'où et avec qui peut-on être aidant ?
- Aujourd'hui la question du soin aux tortionnaires, aux bourreaux, eux même parfois traumatisés, n'a pas été résolue.

Contenu du cours

- **Thierry Baubet:** Psychiatre, service médical de MSF; PH, service de psychopathologie de l'enfant et de l'ado, hôpital Avicenne, Bobigny; université Paris XIII, coordinateur CUMP 93.
- **Christian Lachal:** Psychiatre, psychanalyste, consultant pour MSF, Clermont-Ferrand