

# Le Debriefing et le PTSD (syndrome de stress post traumatique)

Jean-Pierre Walker  
*Clinique de Préfargier, 2074 Marin*

La recrudescence des sinistres et des agressions pouvant faire une ou des victimes, impose la mise en place de structures d'intervention et de soins pouvant agir dans les plus brefs délais.

L'organisation d'une aide médicale urgente aux victimes, en coordination avec les sapeurs-pompiers et les services de police. Puis finalement l'intervention du « DEBRIEFING » qui devrait en principe permettre d'éviter les répercussions psychologiques à long terme (syndrome de stress post traumatique) sont les éléments de base d'un système d'intervention de crise.

Depuis quelques années, la pratique du debriefing devient un élément quasi incontournable, systématiquement médiatisé puis oublié. Mais qu'en est-il actuellement.

## Les victimes

Qu'est-ce qu'une victime? « On entend par victimes des personnes qui, individuellement ou collectivement, ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux, en raison d'actes ou d'omissions qui enfreignent les lois pénales en vigueur dans un état qui proscriit les abus criminels de droit ». (Déclaration des Nations Unies pour les principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité signée le 29 novembre 1985).

Les répercussions d'un événement traumatisant sur un individu, les conséquences d'attentats et d'accidents collectifs à l'égard des victimes peuvent être, à la fois, physiques, psychologiques et matérielles. Les séquelles physiques (acouphènes, brûlures, handicaps...)

sont souvent spécifiques à la nature de la catastrophe (explosion, incendie...); elles vont changer la vie quotidienne de l'intéressé(e).

Le traumatisme consécutif à un événement catastrophique confronte le sujet à la réalité de la mort, ce qui est à l'origine de l'effraction psychique.

Ce traumatisme est lié à un affect particulier, l'effroi, qui est le signe de l'impréparation du sujet surpris par la brièveté et la violence de l'événement.

Celui-ci est vécu dans un état intense de peur, de sidération, assorti d'un sentiment massif d'abandon.

Les troubles aigus (ASD: Acute Stress Disorder, Etat de stress aigu) regroupent les critères cliniques suivants (DSM4):

- L'exposition à un événement traumatique caractérisé par la mort ou la menace de mort;
- L'atteinte à sa propre intégrité physique ou celle des autres, l'effroi;
- Les symptômes de dissociation qui peuvent aller de la déréalisation à la dépersonnalisation;
- La répétition traumatique (notamment les images et les rêves récurrents, les flash-back);
- L'évitement persistant de stimuli associés au souvenir du traumatisme, des symptômes d'anxiété persistants ou de réactivité accrue (c'est-à-dire difficultés d'endormissement, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice);
- Une détresse cliniquement significative et/ou une altération dans les activités sociales, professionnelles ou autres domaines de la vie.

Par convention, selon le DSM4, les troubles durent un minimum de

deux jours à un maximum de quatre semaines. Cependant le DSM4 ne prend pas en considération deux symptômes fréquemment associés: l'état dépressif et les somatisations.

En cas d'événement grave, les réactions de stress peuvent se superposer au traumatisme psychique, mais ne se réduisent pas, elles évoluent.

A long terme, seuls les symptômes post-traumatiques perdurent. Les symptômes post-traumatiques à long terme peuvent s'organiser de façon différente. En fonction des événements vécus, du contexte, des aménagements défensifs et de l'organisation préalable de la personnalité, ils prennent des formes diverses et s'organisent autour de l'un ou l'autre des symptômes précités, même si l'on considère communément que le symptôme central pathognomonique qui signe la névrose traumatique est la répétition.

A ce tableau symptomatique se surajoute un vécu significatif d'un traumatisme: le sentiment de perte d'une intégrité physique, d'une continuité narcissique, de perte des repères quotidiens, le sentiment d'inquiétante étrangeté, la honte, la culpabilité, la confrontation avec sa propre violence, l'envahissement angoissant de pulsions mortifères non intégrables, un sentiment intense d'abandon...

Les victimes doivent être prises en charge d'une manière globale. La prise en charge suppose une continuité dans le temps, une bonne coordination entre les différents intervenants et un accompagnement dans les différentes étapes de leur reconstruction.

En effet, toute rupture dans la prise en charge est néfaste pour la victime et peut être source de victimisation. Certaines victimes subissent des répercussions majeures dans leur

vie familiale et relationnelle ainsi que dans leur activité professionnelle. Il convient de prendre en compte tous ces aspects dans l'élaboration d'un soutien personnalisé. Les proches des victimes (victimes indirectes) peuvent aussi en subir les conséquences et nécessiter éventuellement un accompagnement spécifique. Le médecin généraliste joue ici un rôle privilégié par la prise en charge médicale globale qu'il apporte au blessé, par la prise en charge chronologique qui permet d'assurer la continuité des soins et par sa connaissance de la famille qui donne l'occasion d'apporter à chacun des proches les soins et le soutien dont ils ont besoin.

## Nature des soins

La possibilité pour la victime de raconter à sa manière l'épreuve traversée a un effet apaisant en soi.

Il faut savoir qu'on obtient le résultat inverse à celui recherché si l'on tente de « dédramatiser » ou « déculpabiliser ».

Selon les cas, il s'agira de :

- calmer les angoissés, les agités : leur parler, contenir leur souffrance, solliciter un récit de l'événement qu'ils ont traversé. Parfois, la prescription d'un anxiolytique à demi-vie courte est indiquée ;
- s'occuper des personnes en état d'hébétéude ou de sidération, en tentant d'établir avec eux un contact verbal, voire physique, en évitant toute sollicitation trop insistante.

## Aspect psychologique et psychiatrique

Le suivi du syndrome de stress (soins immédiats ou dans les jours qui suivent).

Toutes les victimes devraient être revues dans les jours suivant l'événement. C'est un temps essentiel de la prise en charge, facile à réaliser si les victimes sont hospitalisées plus difficile si elles sont rentrées chez elles et ont repris leurs activités.

Souvent les troubles immédiats sont améliorés, mais d'autres symptômes peuvent apparaître : troubles du sommeil, céphalées, nervosité, irritabilité, etc.

## Les entretiens (premiers soins)

Ils sont individuels ou collectifs et correspondent à deux types de situation clinique :

1. La victime est encore fragile, émotionnellement sous le choc, sa souffrance est très perceptible.

On choisira une méthode d'entretien lui évitant de revivre l'événement. Ce dernier sera l'objet de remarques générales, on se contentera de ce que la victime veut bien dire spontanément. Les symptômes actuels feront l'objet, eux, d'une observation très précise, ce qui permettra de décentrer la victime tout en établissant une relation apaisante, favorisant la parole.

2. La victime a utilisé avec un certain succès ses propres mécanismes de défenses et a récupéré une bonne assise psychologique.

Le débriefing individuel paraît possible, centré sur l'événement et son élaboration. Il ne peut être pratiqué que par un soignant connaissant la technique. Les faits, les émotions, les pensées qui se sont succédé sont repris, mis en relation avec des éléments.

3. La suite doit être structurée en fonction des besoins réels des victimes, psychothérapie de soutien, antidépresseurs, anxiolytiques.

## Commentaires :

La description ci-dessus correspond à la vision classique de la prise en charge du risque d'une évolution vers une pathologie psychiatrique, le syndrome de stress post traumatique et son implication sociale, familiale et économique.

Dans le premier temps de cette prise en charge pourtant il n'y a pas de psychopathologie et un diagnostic

psychiatrique n'est pas nécessairement un trouble psychiatrique.

En effet, la souffrance ou le désespoir ne sont pas des maladies, le PTSD (syndrome de stress post traumatique) est une entité construite sur une idée économique-sociale plutôt que médico-clinique.

Les problèmes psychiatriques sont fréquents après un événement traumatisant. Les études montrent que 20% des victimes développent une réaction aiguë au stress, que 25% développent des troubles psychiatriques dans l'année qui suit le traumatisme.

Les troubles psychiatriques à long terme concernent 10% des victimes et 11% évoluent vers un PTSD.

Les études menées sur l'analyse de l'efficacité de la prise en charge précoce révèlent que l'évolution à moyen et à long terme est plus mauvaise chez les victimes ayant été débriefées que chez les autres.

La remémoration forcée du traumatisme va en effet avoir une action de fixation sur l'événement traumatique alors que le résultat escompté devrait être le contraire.

Les meilleurs résultats sont obtenus avec les victimes qui sont demandeuses de soins, à distance de l'événement et qui entrent dans une prise en charge psychiatrique classique, sous la forme d'une psychothérapie de soutien, poursuivie dans le temps, avec un lien réel au thérapeute.

## Références :

1. Scott W. *PTSD in DSM-III : a case in the politics of diagnosis and disease*. Soc. Problems 1990 ; 37 : 294-310.
2. Summerfield D. A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. Soc. Sci. Med. 1999 ; 48 : 1449-1462.
3. Bracken P. *Hidden agendas: deconstructing post-traumatic stress disorder*. In: Bracken P, Petty C, eds. *Rethinking the trauma of war*. New York: Free Association Books, 1998.