

FORMATION CONTINUE

Le psychotrauma. II. La réaction immédiate et la période post-immédiate

The psychotrauma, the immediate reaction and the postimmediate period

N. Chidiac^{a,*}, L. Crocq^b

^a Service du Professeur F. Rouillon, clinique des maladies mentales et de l'encéphale (CMME), université Paris-V, Cochin – Port Royal – Sainte-Anne, 100, rue de la Santé, 75674 Paris cedex 14, France

^b Cellule d'urgence médicopsychologique, samu de Paris, hôpital Necker, 149, rue de Sèvres, 75015 Paris, France

Résumé

Le clinicien doit prendre en compte les premiers symptômes qui suivent immédiatement l'exposition à un événement potentiellement traumatisant. Son examen clinique dictera l'attitude et les gestes de l'intervention psychologique devant l'éventualité d'une évolution défavorable vers le *post traumatic stress disorder* (PTSD) ou la névrose traumatique.

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

Abstract

The therapist should consider the first symptoms following immediately the exposition to a potentially traumatizing event. Regarding the first symptoms to the victim, the therapist will adapt the psychological intervention in case of a possible evolution toward post traumatic stress disorder (PTSD) or a traumatic neurosis.

© 2010 Published by Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Debriefing ; Névrose traumatique ; Réaction de stress ; Syndrome post-traumatique

Keywords: Debriefing; Post-traumatic stress Disorder; Stress; Traumatic neurosis

I. LES SYNDROMES PSYCHOTRAUMATIQUES IMMÉDIATS

Lorsqu'un individu est exposé à une agression ou une menace soudaine, il présente immédiatement, de façon quasi réflexe, une réaction d'alarme pour faire face à cette agression. Cette réaction est désignée aujourd'hui, en emprunt au vocabulaire anglo-saxon, par le vocable *réaction de stress* [9]. La Classification Internationale des Maladies Mentales, dans sa X^e révision dite CIM-10 [4], la dénomme « réaction aiguë à un

facteur de stress » (répertoriée F43.0). La nosographie américaine du DSM [1] n'a rien prévu pour la désigner, ce qui est une lacune notable. Cette réaction qui suit immédiatement l'agression ne dure en principe que quelques heures (d'une à six heures mais, dans certains cas de figure, une journée). Elle est le plus souvent normale, adaptative ; mais elle peut s'avérer parfois pathologique et inadaptative. Adaptative, elle est le fait du stress normal. Inadaptative, elle est le fait du stress dépassé, ou traumatique. Un même événement, « potentiellement traumatogène », peut donner lieu à un stress adapté pour un sujet, mais à un stress dépassé pour un autre, en fonction des différences de personnalité, de disponibilité des défenses psychiques, de résonance personnelle et du soutien apporté par l'entourage.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nayla.chidiac@wanadoo.fr (N. Chidiac).

1.1. La réaction immédiate adaptative

La réaction immédiate adaptative, dénommée « stress adapté », double l'alarme et la mobilisation biophysiologicals du stress d'une alerte et d'une mobilisation psychologiques. Sur le plan biophysiologicals, les effecteurs sont mobilisés : accélération des rythmes cardiaque et respiratoire, élévation du taux de sucre sanguin, fuite de la masse sanguine de la périphérie vers les organes. Sur le plan psychologique, l'alerte et la mobilisation se manifestent dans les quatre sphères – cognitive, affective, volitionnelle et comportementale –, ayant pour effets notables d'élever le niveau de vigilance, de focaliser l'attention, d'activer les capacités d'évaluation, de mémorisation et de raisonnement, de faciliter le contrôle émotionnel et d'inciter à l'action, le tout aboutissant à l'élaboration d'une décision et à l'adoption d'attitudes et de gestes adaptés (attitude d'alerte et de préparation à la défense, gestes de défense et de combat, ou gestes de retrait ou de fuite raisonnée).

Mais c'est une réaction d'exception, grevée de symptômes gênants et coûteuse en énergie. Les symptômes gênants sont principalement neurovégétatifs, attendant à l'activation du système nerveux sympathique et à la décharge d'adrénaline : accélération des rythmes cardiaque et respiratoire, élévation de la tension artérielle, frissons, pâleur et parfois sensation de faiblesse (lipothymie) ; sensations pénibles de « boule dans la gorge », de striction thoracique et spasmes viscéraux divers (« nœud sur l'estomac », douleurs abdominales et envie impérieuse d'uriner). La réaction immédiate de stress est coûteuse en énergie ; en énergie physique, car elle épuise les réserves de glucides de l'organisme, et en énergie psychique, car elle épuise les capacités cognitives, affectives (maîtrise émotionnelle) et de contrôle moteur. D'ailleurs, dès qu'elle se termine, elle débouche sur un état psychique ambigu qui mêle un vécu de soulagement euphorique « quitte pour la peur » avec une sensation d'épuisement physique et psychique (impression d'être « vidé »).

1.2. La réaction inadaptée, de stress dépassé

La réaction immédiate de « stress dépassé » est le fait de sujets psychologiquement vulnérables, Mais elle peut être aussi observée chez les sujets normaux dans les agressions exceptionnellement violentes, ou trop prolongées ou répétées à de courts intervalles de temps, surtout s'il y a eu impréparation et surprise, et conjoncture d'absence de soutien social. Cette réaction immédiate inadaptée peut se présenter sous quatre formes, qui sont la sidération, l'agitation, la fuite panique, et l'activité d'automate.

La « sidération » saisit le sujet d'un coup, dans toutes ses facultés. Sur le plan cognitif, il est stupéfait, incapable de percevoir, de s'orienter, de comprendre, de penser et d'exprimer ce qu'il ressent. Sur le plan affectif, il est stuporeux, au-delà de la peur, flottant dans un état second. Sur le plan volitionnel, le sujet est sidéré, frappé d'une inhibition de la volonté, d'une suspension de sa faculté de décider, de prendre une initiative. Il n'écoute pas les exhortations données par les autres, il semble transporté dans un autre monde. Sur le plan

comportemental, il est comme paralysé, pétrifié ; il demeure immobile dans le danger, sans chercher à s'abriter. Cette sidération peut durer une minute comme plusieurs heures.

L'« agitation » est la réaction inverse. C'est un état d'excitation psychique, de désordre affectif et d'anarchie volitionnelle. Le sujet agressé et stressé a envie d'agir, mais son stress est trop intense pour lui permettre de bien comprendre la situation et d'élaborer une décision. Alors, il libère sa tension anxieuse dans une décharge motrice sauvage et désordonnée : il gesticule, crie, s'agite en tous sens et profère des propos incohérents. La terreur et l'affolement se lisent sur son visage, et sa relation à autrui est très perturbée : il sait qu'il est parmi les autres, mais il ne les reconnaît pas toujours, ne les écoute pas et n'obéit pas. Cette agitation peut être éphémère (quelques minutes) ou prolongée (plusieurs heures).

La « fuite panique » est une réaction de course affolée et éperdue. C'est une fuite impulsive, qui pousse le sujet droit devant, sans même savoir où il va, se heurtant aux obstacles, bousculant, renversant et piétinant autrui. Si quelqu'un arrête le fuyard et tente de le raisonner, ce fuyard montre un faciès hagard, un regard vide et une expression d'incompréhension totale. Dès qu'on le relâche, il reprend sa course et ne s'arrêtera que quand il sera épuisé. Et il ne conservera qu'un souvenir confus de sa fuite. Il arrive que cette fuite panique pousse le fuyard affolé droit dans le danger (fuite en avant). La fuite panique éperdue peut durer quelques minutes, aussi bien qu'une demi-heure de course à pied.

Le « comportement d'automate » est le quatrième mode de réaction immédiate inadaptée. De prime abord, il n'attire pas l'attention, car les sujets qui adoptent cette réaction semblent avoir un comportement normal : ils évacuent dans l'ordre, sans bousculade ni panique, ou ils obéissent aux ordres, ou encore ils aident autrui, sur ordre ou en imitant l'exemple donné par un autre. Mais un observateur exercé remarquera que leurs gestes sont répétitifs et inutiles (comme le fait de tripoter sans cesse un objet), ou dérisoires, peu adaptés à la situation. L'expression de leur visage est « absente », comme s'ils ne se rendaient pas compte de la réalité tragique de l'événement. Si on leur parle, ils semblent écouter mais ils n'enregistrent pas ce qui vient d'être dit. Eux-mêmes demeurent silencieux et une fois l'action terminée, ils sont incapables de se souvenir de ce qu'ils ont fait, ou encore ils n'en ont conservé qu'un souvenir flou et lacunaire. Là aussi, cet état peut durer aussi bien quelques minutes que plusieurs heures, au sortir desquelles le sujet aura l'impression d'émerger d'un rêve.

1.3. Réactions immédiates franchement pathologiques, névropathiques et psychotiques

Au-delà du stress dépassé, on peut observer des réactions franchement pathologiques, névrotiques ou psychotiques [2,7,8]. Ces réactions sont souvent le fait de sujets prédisposés ou déjà porteurs de leur propre pathologie.

Parmi les réactions névrotiques, la « réaction anxieuse » survient surtout en conjoncture de menace ou d'attente ; le sujet en attente anxieuse est pâle, en proie à des symptômes d'angoisse psychique et somatique, subagité, quémendant des

réassurances autour de lui, ne tenant pas en place et capable de se jeter inconsidérément vers le danger. Mais, une fois l'agression perpétrée ou la catastrophe survenue, l'anxieux se comporte généralement bien, en exécutant docile. La « réaction hystérique » – état second ou symptômes conversifs – est rarement observée lors de la phase immédiate, et plus souvent pendant les phases post-immédiate et différée-chronique. Toutefois, on a observé des crises excitomotrices hystériques ou des états seconds installés d'emblée, parfois avec errance, ou des conversions immédiates : fausses cécités, fausses surdités, fausses paralysies et surtout aphonie ou mutisme postémotionnels [2].

Parmi les réactions psychotiques, la « réaction confusionnelle », postémotionnelle ou postcommotionnelle, montre un sujet désorienté dans le temps et dans l'espace, obnubilé, bradypsychique, stuporeux et incapable même de dire son nom. Cette réaction, qui s'installe d'emblée, peut être éphémère (une dizaine de minutes), ou prolongée (plusieurs heures, voire plusieurs jours). Dans la « réaction délirante », ou bouffée délirante (durée : un à trois jours), le sujet réagit – d'emblée ou après une brève méditation perplexe – par l'extériorisation d'un délire qui se dissipera spontanément en quelques jours. La « réaction maniaque », avec excitation psychomotrice, gesticulation, mimique agitée de tics, émission de propos volubiles entrecoupés d'exclamations et surtout euphorie joyeuse hors de propos avec la gravité de la situation, attire généralement l'attention. Mais, parfois, cette agitation, dépensée dans une participation infatigable aux secours, peut passer inaperçue jusqu'à ce qu'on remarque ce sauveteur bienveillant indiscipliné et agité, importunant victimes et sauveteurs par ses propos joyeux. La « réaction mélancolique » peut se manifester dès la phase immédiate : mimique dépressive, inhibition psychomotrice, douleur morale, exagération pessimiste des conséquences de l'événement, et surtout extériorisation de propos immotivés de culpabilité et d'autoaccusation. Enfin, la « réaction schizophréniforme » a été décrite chez des sujets jeunes (adolescents ou jeunes adultes) réagissant à l'agression par un état dissociatif, et plus souvent chez des sujets dont l'autisme, la dissociation et le délire intérieur couvaient parfois depuis plusieurs mois ou années. On dit, pour les tremblements de terre en particulier, qu'un séisme intérieur a fait écho au séisme extérieur de l'événement, faisant éclore une schizophrénie jusqu'alors latente.

1.4. Critères de vécu traumatique de la réaction immédiate

On admet que, dans une catastrophe, 75 % des sujets ont une réaction immédiate adaptée et 25 % une réaction inadaptée. Mais cette répartition doit être revue en fonction du nombre réel des réactions d'activité automatique dont le comportement n'attire pas l'attention et qui sont considérées à tort comme des réactions normales. Leur proportion réelle, à des degrés divers d'automatisme, serait à elle seule de 15 % à 25 % selon l'importance et la violence de la catastrophe, pouvant porter jusqu'à 50 % la proportion totale des réactions inadaptées.

Le plus souvent, la réaction immédiate adaptée n'est pas vécue sur le mode du trauma, tandis que la réaction immédiate inadaptée est vécue comme un trauma. Mais ce parallélisme n'est pas absolu, et il arrive que des réactions manifestement inadaptées, avec un comportement spectaculaire, se résolvent rapidement sans aucune séquelle traumatique, tandis que des réactions parfaitement adaptatives donnent lieu, après une période de « rumination », aux pires névroses traumatiques, parce que le sujet aura été impressionné, à son insu, par un détail horrifiant (par exemple, la vue d'un cadavre d'enfant). Finalement, c'est l'avenir qui dira si oui ou non l'événement potentiellement traumatisant a été vécu comme un trauma.

Toutefois, certains indices dans le tableau clinique initial seraient révélateurs d'un vécu traumatique et annonciateurs de séquelles psychotraumatiques. Se référant au concept de dissociation selon Pierre Janet, des cliniciens nord-américains comme Marmar [10] et Brunet ont recherché de tels critères prédictifs, qu'ils ont dénommés signes de « dissociation péritraumatique » et de « détresse péritraumatique ». En fait, il s'agit des symptômes que nous avons décrits plus haut dans les tableaux cliniques des quatre modalités de réaction inadaptée. Pour notre part, nous utilisons un autoquestionnaire de 20 questions (Annexe 1), explorant les cinq volets cognitifs, affectifs, neurovégétatifs, volitionnels et d'état psychique juste après l'événement, sans laisser de lacunes importantes. Nous préférons l'utiliser en cours d'entretien, juste après que le patient aura parlé de son vécu de l'immédiat, à titre de complément ou de précision de ses dires. Nous avons réalisé deux formes de ce questionnaire : une forme simple, avec autoévaluation en degrés de gravité (de 0 à 5) ; et une forme analogique, sur des axes horizontaux entre deux extrêmes (symptôme absent et symptôme très intense).

2. CLINIQUE DE LA PÉRIODE POST-IMMÉDIATE

La période post-immédiate [9] qui s'étend en principe du deuxième au 30^e jour (mais il existe des variantes de durée, de quelques jours à plus d'un mois) requiert une surveillance psychologique attentive et soutenue. En effet, deux éventualités peuvent se présenter : ou bien les symptômes (neurovégétatifs et de déréalisation) de la période immédiate s'éteignent progressivement et le sujet n'est plus obnubilé par le souvenir de l'événement ; ou bien ces symptômes persistent, tandis que le sujet est toujours obsédé par le souvenir de l'événement, et en outre, il commence à souffrir de nouveaux symptômes, psychotraumatiques, tels que reviviscences, troubles du sommeil et anxiété phobique, augurant de l'installation d'une pathologie psychotraumatique durable. Par ailleurs, il arrive que certaines victimes, qui dans l'immédiat ne ressentaient aucune souffrance dans l'euphorie de s'en être tirées « quittes pour la peur », commencent à présenter au bout de quelques jours des signes d'une pathologie psychotraumatique.

Pendant longtemps, dans les nosographies, la période post-immédiate ne fut pas identifiée, car on la considérait comme début ou « phase de latence » de la névrose traumatique. C'est l'observation clinique qui a imposé la distinction et l'autonomie

de la période post-immédiate [9], autonomie justifiée par la spécificité de son tableau clinique, l'enjeu qu'elle représente et l'importance qu'il y a à lui consacrer une surveillance attentive. Dans nos nosographies modernes, la dixième révision de la Classification Internationale des Maladies Mentales [4] note implicitement cette période post-immédiate dans les états de stress post-traumatiques, transitoires ou durables. Mais le DSM américain [1] l'identifie sous le vocable d'« état de stress aigu » (*Acute stress disorder*), avec des critères cliniques combinant la persistance de symptômes dissociatifs apparus dans l'immédiat et l'éclosion de symptômes d'état de stress post-traumatique, et des critères temporels d'apparition des symptômes dans les quatre semaines suivant l'événement et de persistance pendant un créneau d'une durée de deux jours à quatre semaines.

2.1. Description clinique

2.1.1. Première éventualité : le retour à la normale

On assiste en quelques jours à la sédation des symptômes neurovégétatifs gênants du stress : le rythme respiratoire, le rythme cardiaque et la tension artérielle redescendent à des valeurs normales, les spasmes viscéraux s'estompent, la sensation d'oppression thoracique disparaît ainsi que les phénomènes de pâleur, de sueur, de bouche sèche, etc. Sur le plan psychologique, le rescapé ne ressent plus la sensation désagréable de tension psychique et sa pensée n'est plus monopolisée par la souvenance brute (images, odeurs, sensations tactiles, sursauts) de l'événement récent ; il est capable de reprendre ses activités habituelles. Enfin, on ne constate aucun trouble du sommeil : ni retard de l'endormissement, ni réveil nocturne angoissé, ni cauchemar.

Il arrive toutefois que ce retour progressif à la normale soit émaillé de « décharges émotionnelles différées », qui ont pour but de libérer la tension émotionnelle contenue pendant l'action. En effet, pendant les instants critiques d'exposition au danger, le sujet, totalement occupé par la mise en œuvre de gestes et conduites de sauvegarde, doit négliger, voire réprimer toutes les réactions spontanées qui compromettraient ces conduites : tremblement, agitation, cris, envie de pleurer, etc. Mais, une fois que l'action est terminée et que le sujet est à l'abri du danger, il peut alors liquider ces arriérés émotionnels et laisser libre cours à toutes les impulsions qu'il a dû réprimer pendant l'action. Il peut s'agir aussi de débâcles neurovégétatives, telles qu'accès de sudation intense, nausée et vomissement, perte d'urine. En général, de telles « abréactions » (ou réactions différées) ne se produisent qu'une fois et procurent un soulagement, au moins transitoire, et ne sont suivies ni de récurrences ni de séquelles. Mais elles peuvent aussi bien se répéter et amorcer un syndrome de répétition, s'intégrant alors dans la période de latence d'une névrose traumatique, version pathologique de la phase post-immédiate, et que nous allons examiner maintenant.

2.1.2. Deuxième éventualité : la phase de latence d'une névrose traumatique

La variante morbide de la phase post-immédiate était bien connue des auteurs anciens [5] qui la dénommaient des

vocables imagés de « période de préparation, d'incubation, de méditation, de contemplation ou de rumination », et qui l'incluaient dans la névrose traumatique dont elle constituait la phase préalable silencieuse, marquée par le travail torpide de « l'émotion retardante » (Janet, 1889). On la retrouve plus tard dans les travaux des cliniciens des deux guerres mondiales [6,11] et des guerres de l'après-guerre [9], sous le nom de « phase de latence ». Comme sa symptomatologie est en partie différente de celle de la névrose traumatique, on préfère aujourd'hui la différencier de cette affection et lui accorder un statut nosologique à part.

Cette symptomatologie a longtemps été considérée comme latente, c'est-à-dire non extériorisée, cliniquement silencieuse. Il s'agissait toutefois le plus souvent de sujets qui demeuraient isolés, repliés sur eux-mêmes, peu expansifs, voire mutiques (en contraste avec l'épanchement post-émotionnel et le besoin de contact social des autres rescapés en état de soulagement euphorique). Une observation attentive pouvait déceler leur mimique préoccupée, leur expression perplexe, leur regard vide et leur propension à demeurer figés. Des entretiens cliniques rétrospectifs ont permis d'explorer le vécu de tels sujets, dont on peut dire, selon le mot de Ferenczi (1916), « qu'ils n'étaient pas revenus de leur effroi ». Sur le plan social, ils n'avaient pas envie de se mêler aux autres ni de parler ; ou plutôt, ne sachant trouver les mots pour formuler l'indicible, ils y renonçaient.

Et, sur ce fond de persistance de l'état de déréalisation qui avait marqué leur expérience vécue immédiate de l'événement, apparaissaient, au bout de quelques jours ou de quelques semaines, des symptômes nouveaux : de la fatigue, de la nervosité, de l'irritabilité, et des troubles du sommeil tels que difficultés d'endormissement à cause du surgissement d'images de l'événement et réveils angoissés provoqués par les premiers cauchemars de répétition. D'autres reviviscences se manifestaient aussi dans la journée : vision hallucinatoire de la scène de l'événement (avec toute la véracité du réel, d'où sa puissance anxiogène), brèves hallucinations auditives ou olfactives restituant les bruits, les cris et les odeurs de l'événement, impression subite que l'événement allait se reproduire (provoquant parfois des sursauts et l'impulsion à se recroqueviller) et réactions d'angoisse phobique à la vue de tout ce qui pouvait rappeler l'événement. Bref, on voyait s'installer progressivement, en quelques jours ou quelques semaines, une névrose traumatique (ou état de stress post-traumatique) avec ses éléments caractéristiques : le syndrome de répétition, le repli de la personnalité et les symptômes dits « non spécifiques » tels qu'asthénie, anxiété, phobies, somatisations diverses et troubles des conduites (irritabilité, tabagisme, recours à l'alcool).

Une variante clinique du temps de latence est la forme « euphorique-agitée ». Le sujet, rescapé d'une catastrophe ou d'un accident, se sent euphorique pour s'en être sorti « quitte pour la peur », ce qui pourrait paraître normal. Mais il manifeste cette euphorie de façon exubérante, logorrhéique, recherchant la compagnie des autres pour leur raconter son histoire, ne supportant pas la plus brève solitude, ne tenant pas en place, ne pouvant maintenir son attention sur une occupation. Cette euphorie de mauvais aloi est suspecte : elle cache la fixation du sujet à son trauma, malgré ses efforts superficiels et

désordonnés pour s'en dégager et elle conduit inmanquablement à l'installation d'une névrose traumatique.

2.2. Durée de la phase de latence et facteurs conditionnant cette durée

L'expérience clinique a mis en évidence la grande variabilité en durée de la phase de latence et, plus généralement, de la période post-immédiate. Le retour à la normale peut s'effectuer en quelques jours, voire une semaine, rarement plus. La phase de latence d'une névrose traumatique présente une variabilité beaucoup plus large : d'une journée (pour les cas précoces) à deux mois [3,13]. Certains auteurs [12] mentionnent des latences plus longues, de six mois et plus. Mais, quand on interroge de tels patients sur l'apparition de leurs premiers symptômes, ils signalent des délais en réalité plus courts. Il y a eu échelonnement dans l'éclosion des divers symptômes, jusqu'à la constitution tardive de la névrose traumatique complète.

Comme facteurs de latence, on a incriminé la disparité entre individus, ou entre personnalités. Certains individus sont rapides à improviser, ou tenter d'improviser, de nouvelles défenses (dont la répétition), là où les défenses classiques du stress ont échoué ; d'autres seront plus lents à se réorganiser et à agir ainsi. Un deuxième facteur est lié à la conjoncture : par exemple, tant que le soldat est sur le front, soumis quotidiennement à de nouveaux dangers, il donne priorité à assurer sa survie et il remet à plus tard d'affronter l'arriéré de son expérience traumatique. C'est une fois revenu à l'abri, à l'arrière et au repos, ou même démobilisé, de retour dans ses foyers, qu'il sera à même d'envisager de liquider son trauma. Un troisième facteur, plus subtil peut-être, est lié à l'absence d'autonomie du blessé, quand il y a eu à la fois blessure physique et blessure psychique. Tant que le blessé physique est hospitalisé et « materné » dans le cocon des soins hospitaliers, il ne dispose pas de l'autonomie psychique nécessaire à la détermination de faire face à la souvenance de son trauma. C'est une fois sorti de l'hôpital et rentré chez lui, ou une fois transféré du service de réanimation dans un service permettant plus d'autonomie – et ce peut être une hospitalisation de six jours comme une hospitalisation de trois mois – qu'il aura ses premiers cauchemars, ses premières hallucinations de reviviscence et ses premières phobies spécifiques.

En fin de compte, on n'assignera qu'une durée indicative à la période post-immédiate, dont on admet qu'elle démarre à partir du deuxième jour et qu'elle peut couvrir pendant plusieurs semaines.

2.3. Statut du diagnostic de stress aigu du DSM-IV

Les cliniciens américains auteurs du DSM ont introduit, dans la dernière révision de 1994 (DSM-IV), le diagnostic d'« état de stress aigu » (*acute stress disorder*) pour désigner cette période post-immédiate qu'ils reconnaissaient enfin. Ce diagnostic comporte huit catégories de critères (de A à H). Les critères A sont les mêmes que ceux de l'état de stress post-traumatique (chronique), à savoir : (A1) avoir été exposé à un événement potentiellement traumatisant, et (A2) l'avoir vécu dans les

sentiments de peur, d'impuissance ou d'horreur. Les critères B se rapportent à la persistance des symptômes dits « dissociatifs » manifestés pendant l'événement, tels que torpeur, impression de brouillard, déréalisation, dépersonnalisation et amnésie d'un aspect de l'événement. Les critères C désignent les manifestations de reviviscence telles qu'images, illusions, pensées intrusives, rêves de répétition et « états dissociatifs » vécus comme si l'événement allait se reproduire. Les critères D concernent l'évitement des stimuli évocateurs. Les critères E concernent la persistance de symptômes anxieux ou de manifestations dites d'activation neurovégétative, telles que difficultés de sommeil, irritabilité, hypervigilance, sursauts, etc. Les critères F mentionnent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social. Les critères G exigent la survenue du trouble dans les quatre semaines suivant l'événement et une durée minimum de deux jours et maximum de quatre semaines. Enfin, les critères H éliminent les états psychiques dus à des toxiques, à une affection médicale générale, à une psychose, ou à une exagération d'un trouble mental préexistant.

3. CONCLUSION

Le clinicien ne peut ignorer ni négliger l'existence des premiers tableaux cliniques qui suivent immédiatement l'exposition à un événement potentiellement traumatisant. Il s'agit d'abord de la réaction immédiate (premières heures, et au maximum premier jour) ; puis de la période post-immédiate (du deuxième au 30^e jour).

L'examen attentif des symptômes de la réaction immédiate permet de discerner si le sujet a su faire face à l'événement, au prix d'un simple stress neurovégétatif, ou si en revanche, il l'a vécu sur le mode du trauma, dans le débordement et l'effraction de ses défenses : effroi, horreur, confrontation inopinée avec le réel de la mort, sentiment d'impuissance et impression d'absence de secours. Cet examen clinique dictera l'attitude et les gestes de l'intervention psychologique d'urgence. Et l'existence de caractères « traumatiques » de l'expérience vécue de l'immédiat (en particulier, les signes de dissociation et de détresse péritraumatiques) devra alerter le clinicien sur l'éventualité d'une évolution défavorable, vers le *post traumatic stress disorder* (PTSD) ou la névrose traumatique.

La surveillance clinique devra être maintenue pendant les semaines de la période post-immédiate : s'assurer que tous les symptômes de l'immédiat s'éteignent, rapidement ou progressivement, et que le sujet reprend sans difficulté son existence familiale et sociale. Mais, si ces symptômes persistent et s'ils se doublent de symptômes de reviviscence, d'état d'alerte et de phobies, on devra craindre l'installation d'une névrose traumatique (ou d'un PTSD), et prendre des mesures en conséquence, parmi lesquelles, à cette période précoce, le debriefing psychodynamique individuel, dénommé aussi intervention psychothérapeutique post-immédiate (ou IPPI).

CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun.

ANNEXE I. QUESTIONNAIRE DE STRESS IMMÉDIAT (L. CROCQ, D. CREMNITER ET J.-M. COQ)

Cotez de 0 (symptôme absent) à 5 (symptôme très intense) l'intensité des 20 symptômes ci-dessous qui ont éventuellement marqué votre expérience vécue au moment de l'événement

1 – Je ne m'y attendais pas, j'ai été surpris	0	1	2	3	4	5
2 – J'ai eu peur d'être blessé ou maltraité	0	1	2	3	4	5
3 – J'ai eu peur pour ma vie ou celle d'un proche	0	1	2	3	4	5
*4 – Ma pensée était floue, ralentie, ou sidérée (j'ai eu comme un trou noir)	0	1	2	3	4	5
*5 – Je n'ai rien compris à la situation	0	1	2	3	4	5
*6 – J'avais l'impression de vivre un cauchemar	0	1	2	3	4	5
*7 – J'étais désorienté dans l'espace	0	1	2	3	4	5
*8 – Le temps m'a paru accéléré ou ralenti	0	1	2	3	4	5
9 – Il y a des aspects de l'événement que je n'ai pas pu mémoriser	0	1	2	3	4	5
*10 – J'étais horrifié par ce que je voyais	0	1	2	3	4	5
11 – Je ressentais un ou plusieurs symptômes physiques gênants, tels que : <i>tremblement, gorge serrée, poitrine serrée, battements de cœur, spasmes gastriques ou intestinaux, envie de vomir ou d'uriner</i>	0	1	2	3	4	5
*12 – J'étais comme insensible (ou même j'avais l'impression que je flottais)	0	1	2	3	4	5
13 – J'étais en état de perturbation ou agitation psychique	0	1	2	3	4	5
14 – Je me sentais impuissant	0	1	2	3	4	5
*15 – Mes mouvements étaient ralentis (ou même j'étais totalement sidéré, statufié)	0	1	2	3	4	5
16 – Je gesticulais de manière incontrôlée et désordonnée	0	1	2	3	4	5
*17 – J'agissais mécaniquement, comme un automate	0	1	2	3	4	5
18 – Je criais, je bégayais (ou encore je suis resté muet de stupeur)	0	1	2	3	4	5
*19 – Je me croyais abandonné	0	1	2	3	4	5
20 – Pendant plusieurs heures après l'événement, j'étais encore très perturbé	0	1	2	3	4	5

Une note totale de plus de 50 points (sur un maximum possible de $20 \times 5 = 100$ points) indique que le sujet a vécu l'événement comme un trauma. De toute façon, sur le plan qualitatif, une note élevée aux items marqués d'un * doit faire suspecter un vécu traumatique.

RÉFÉRENCES

- [1] American Psychiatric Association. 4^e ed. (DSM-IV), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1, 4^e ed. (DSM-IV) Washington: Am Psych Ass; 1994.
- [2] Barrois C. Les névroses traumatiques. Paris: Dunod; 1998.
- [3] Bouthillon-Heitzmann P, Crocq L, Julien H. Stress immédiat et séquelles psychiques chez les victimes d'attentats terroristes. *Psychol Med* 1992;24:465–70.
- [4] CIM-10/ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines, World Health Organization. 1992.
- [5] Charcot JM. Leçons du mardi à la Salpêtrière. Policlinique 1887–1888. Notes de cours. Tome I et Leçons du Mardi à la Salpêtrière. Policlinique 1888–1889. Notes de cours. Tome II, Paris: Bureaux du Progrès Médical. 1890; vol. 2.
- [6] Cohen RA, Delano JG. Subacute emotional disturbances induced by combat. *War Med* 1945;284–6.
- [7] Crocq L, Sailhan M, Barrois C. Névrozes traumatiques : névrozes d'effroi, névrozes de guerre. *Encycl Med Chir* 1983;2:12p. 37329 A-10, biblio.
- [8] Crocq L. Névrozes traumatiques (névrozes d'effroi et névrozes de guerre). In: Deniker P, Lempérière T, Guyotat J, editors. *Précis de psychiatrie de l'adulte*. Paris: Masson; 1990. p. 253–61.
- [9] Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Paris: Odile Jacob; 1999.
- [10] Marmar C. Trauma and dissociation. *PTSD Res Q* 1997;8:1–3.
- [11] Roussy G, Lhermitte J. *Psychonévroses de guerre*. Paris: Masson; 1917.
- [12] Sivodon P, Markich M. Le temps de latence dans les névrozes post-émotionnelles. *Ann Med Psychol* 1953;111:87–91.
- [13] Vaiva G, Lebigot F, Boss V. Détresse péritraumatique après un accident grave de la circulation. Valeur prédictive pour un PTSD à deux mois. *Stress Trauma* 2001;1:257–316.