

VENDREDI 23 JANVIER 2026

De l'exposition à l'événement traumatique aux troubles psychotraumatiques : principes d'évaluation et de prise en charge

Dre Lamyae Benzakour

Médecin adjointe agrégée

Responsable de l'Unité de Psychiatrie de Liaison
(SPLIC)

Et de TraumaCare



UNIVERSITÉ DE GENÈVE

FACULTÉ DE MÉDECINE



Quadrimed Crans-Montana



Hôpitaux
Universitaires
Genève

Plan

I. Généralités sur la psychotraumatologie

II. Principaux Modèles étiopathogéniques

III. Cognition, neurobiologie et trauma

IV. Evaluation Diagnostique

V. Principes de prise en charge des troubles psychotraumatiques

VI. Focus sur l'Incendie de Crans-Montana: quelles spécificités ?

VII. Conclusion

Plan

I. *Généralités sur la psychotraumatologie*

II. Principaux Modèles étiopathogéniques

III. Cognition, neurobiologie et trauma

IV. Evaluation Diagnostique

V. Principes de prise en charge des troubles psychotraumatiques

VI. Focus sur l'Incendie de Crans-Montana: quelles spécificités ?

VII. Conclusion

Prévalence de 8% de TSPT en population générale

TSPT
Risque x 2.2 chez F (14.4 % chez F >> 6.5% chez H)

Impact socio-professionnel

Arrêts de travail/ perte d'emploi
Séparation/divorce
Isolement social
Dysparentalité (traumas complexes)

Comorbidités somatiques

Troubles cognitifs
Douleurs chroniques
Troubles musculo-squelettiques
Complications métaboliques
Inflammatoires
Troubles fonctionnels

Exposition aux événements traumatiques
Vie-entière 89.7%

Facteurs de risque et de protection de TSPT prétraumatique, péritraumatiques et post-traumatiques

Comorbidités psychiatriques
Épisode dépressif caractérisé (48%)
Trouble panique (28%)
Phobie sociale (9.5%)
Troubles liés à l'utilisation d'alcool (40%), de toxiques (31%)
Tentatives de suicide/idéations suicidaires

!
ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE
!

Javidi, H., & Yadollahie, M. (2012). *The international journal of occupational and environmental medicine.*; Kryszinska, K., & Lester, D. (2010). *Archives of suicide research.*; Alonso et al., *Acta Psychiatr, Scand*, 2004. Ryder, Azcarate, Cohen, 2018; Kolstadbraaten. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 2019; Berger, et al..
Berger, M., Piralic-Spitzl, S., & Aigner, M. (2014). *Neuropsychiatrie.*; Olff, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B. P. (2007). *Psychological bulletin.*

Influence des caractéristiques de l'événement traumatique

Différences au niveau de l'événement traumatique

- Quantitatives
 - Caractère isolé: type I
 - Caractère répété: type II
- Qualitatives
 - Traumatismes générant un stress majeur (sexuels) dans l'enfance: type II
 - Autre traumatisme : type I

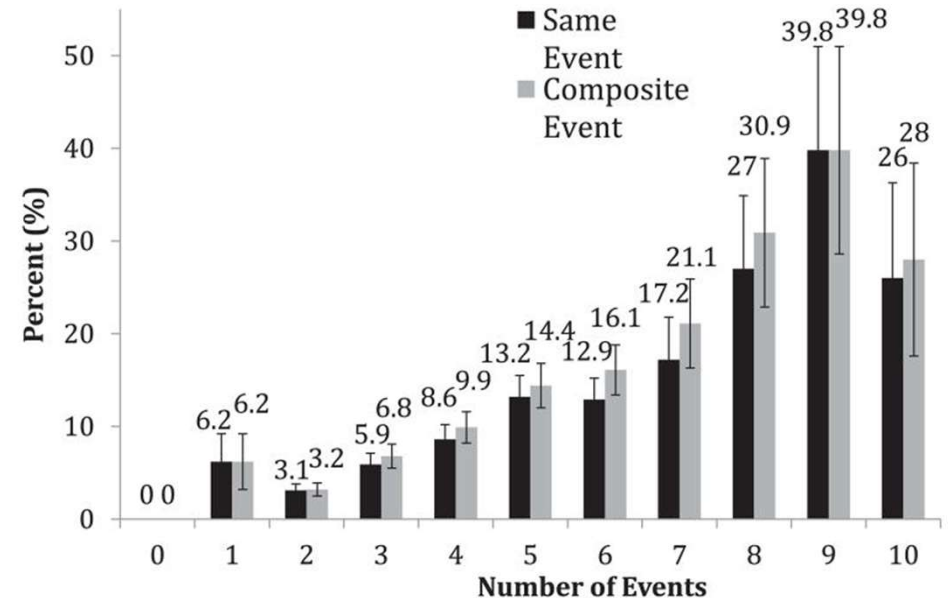


Leonore Terr

Différences d'expression clinique

- Tableau de TSPT : type I
- Tableau voisin du trouble de la personnalité de type borderline: type II

Terr L.C., *Childhood traumas: an outline and overview*. Am. J. Psychiatry, 1991 ; 148 : 10-20



Taux de TSPT en fonction du nombre d'événements traumatiques, Extrait de Kilpatrick et al., National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using *DSM-IV* and *DSM-5* Criteria. J. Trauma. Stress. 2013



Événement traumatique
isolé
(Trauma de type I)



Trouble de stress post-
traumatique (TSPT) simple

Triade symptomatique TSPT > 1 mois

- Intrusion
- Évitement
- Hyperactivité neurovégétative
- Symptômes dissociatifs (+/-)

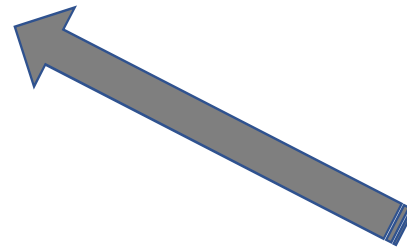
Événement
traumatique répété
et/ou prolongé
(Trauma de type II)



Trouble de stress post-
traumatique (TSPT)
complexe (**CIM-11**)

Triade symptomatique TSPT > 1 mois

- +
- Problèmes de régulation de l'affect
 - Affects et image de soi négatifs
 - Habiletés relationnelles perturbées



Troubles dissociatifs
Troubles de la
Personnalité Borderline
Troubles conversifs

Critères diagnostiques relatifs au
trouble

+

Dissociation > 25 à la Dissociative
Experiences Scale (DES)

Plan

I. Généralités sur la psychotraumatologie

II. *Principaux Modèles étiopathogéniques*

III. Cognition, neurobiologie et trauma

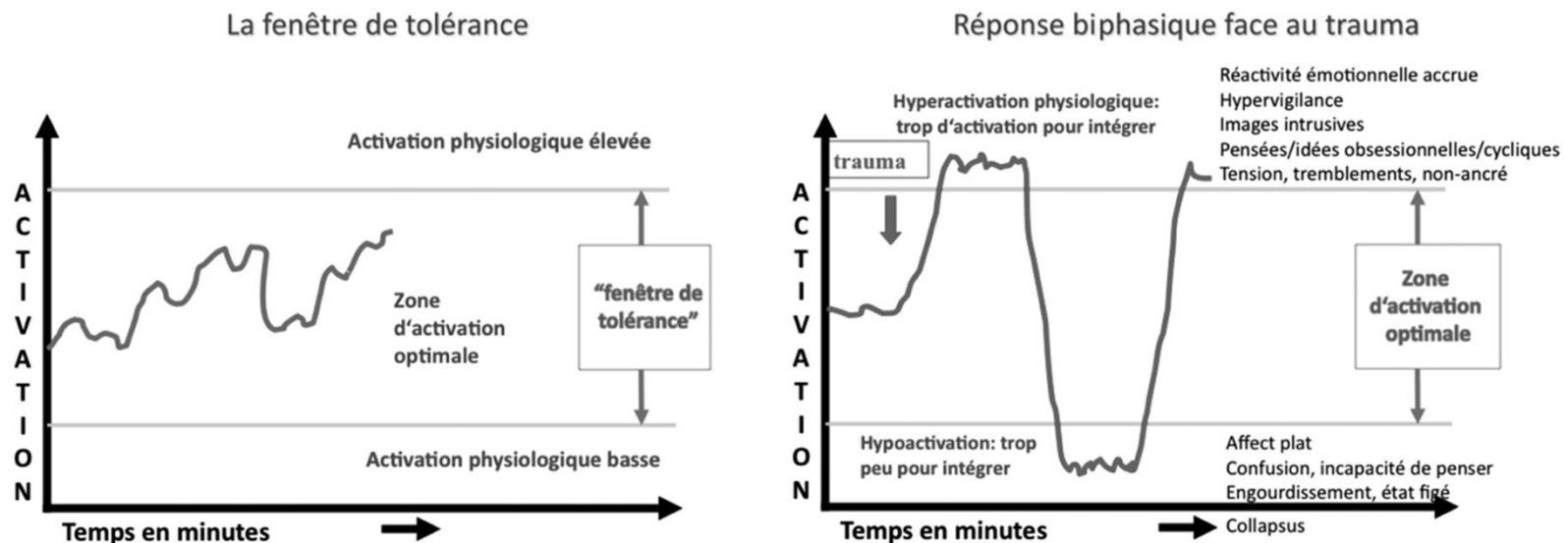
IV. Evaluation Diagnostique

V. Principes de prise en charge des troubles psychotraumatiques

VI. Focus sur l'Incendie de Crans-Montana: quelles spécificités ?

VII. Conclusion

Modèle de la fenêtre de tolérance (Siegel, 1999) et de la réponse biphasique face au traumatisme (Ogden et Minton, 2000)



Risque d'évolution vers un TSPT sous la dépendance de 3 groupes de facteurs expliquant que la majorité des personnes exposées ne développe pas de troubles psychotraumatiques

- Pré-traumatiques : antécédents traumatiques, psychiatriques (dépression, troubles anxieux), **facteurs neuroanatomiques**
- Péritraumatiques : la nature du traumatisme, **dissociation péritraumatique**
- Post-traumatiques : qualité de soutien par l'entourage, développement d'un état de stress aigu

Trauma et dissociation



- ❖ Concept de dissociation introduit par Pierre Janet (1889)
- ❖ Renvoie à une perturbation et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de **la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, de la perception, de la représentation du corps, du contrôle moteur et du comportement (DSM-5, 2013) ¹**.



Dissociation
péritraumatique

- Dépersonnalisation
- Déréalisation
- Amnésie dissociative
- Impression de temps dilaté
- Pilote automatique
- Freezing
- **Prédictive de TSPT**
 - Questionnaire des Expériences de Dissociation Péritraumatique (PDEQ) ²

Troubles
dissociatifs

- Le trouble dissociatif de l'identité (TDI)
- L'amnésie dissociative
- La dépersonnalisation-déréalisation

- Trouble fonctionnel ou diagnostic à symptomatologie somatique
- Trouble conversif (ex.: PNES)
 - **Dissociation somatoforme ³**

¹American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Ed.*, American Psychiatric Association, Arlington, VA USA (2013)

²Marmar, C.R.; Weiss, D.S.; Metzler, T.J. (1997). The Guilford Press: New York, NY, USA; Nijenhuis E. R. (2014). *Journal of trauma & dissociation*.

Plusieurs modèles du TSPT inspirés du conditionnement

Modèle des deux facteurs de Mowrer (1960) et généralisation des stimuli

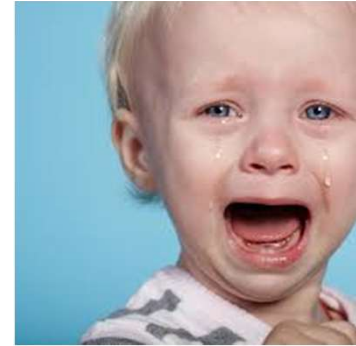
- Mise en jeu du conditionnement classique *pavlovien* (apprentissage des réponses de peur) et du conditionnement opérant *skinnerien* (apprentissage des comportements d'évitement) dans le TSPT.

Modèle biopsychosocial de Jones et Barlow (1990; 1992) reposant sur l'ensemble des facteurs étiologiques

- Facteurs étiologiques de nature biologique, cognitive et comportementale.

Modèle de traitement émotionnel de l'information de Foa et al. (1989) et Foa et Kozak (1986)

- « Signification du danger » reposant sur la notion de structure cognitive propositionnelle de peur visant une préparation à une éventuelle réaction de défense ou de fuite face à un danger



Théorie de l'attachement et trauma

- Être attaché à quelqu'un signifie qu'en cas de détresse, on se tourne vers cette personne spécifique pour y trouver un sentiment de sécurité.
- La personne qui donne le soin se définit par un sentiment de bond (et non d'attachement) et par la faculté de s'occuper de l'enfant (caregiving)
- Système d'attachement= système de défense contre le stress
 - Secure (B) : Equilibre entre recherche de proximité de la « base de sécurité » et l'exploration de l'environnement (objets, pairs, etc)
 - Insécure
 - (A): évitement, hostilité
 - (C): résistance, ambivalence, colère, agrippement excessif et non rassurant
 - (D): désorganisation

Plan

I. Généralités sur la psychotraumatologie

II. Principaux Modèles étiopathogéniques

III. Cognition, neurobiologie et trauma

IV. Evaluation Diagnostique

V. Principes de prise en charge des troubles psychotraumatiques

VI. Focus sur l'Incendie de Crans-Montana: quelles spécificités ?

VII. Conclusion

L'impact neurobiologique durable du trauma

Différences en fonction du sexe

Corrélation négative entre le volume du CCA ventral et le score de TSPT chez les femmes

Modifications structurelles



→ Augmentation des volumes

- Amygdale
- Noyau Accumbens

→ Baisse des volumes

- Cortex préfrontal
- Hippocampe



Modifications fonctionnelles

→ Si sujets avec TSPT exposés à des stimuli de peur

• Hypoactivation :

- ✓ cortex préfrontal médial (MPFC)
- ✓ cortex cingulaire antérieur droit (CAA)

→ Dysconnectivité globale

• Hyperactivation

- ✓ Réseau de salience

✓ Hypoactivation

- ✓ Réseau central exécutif
- ✓ Réseau de mode par défaut

Modèle de mémoire de peur anormale

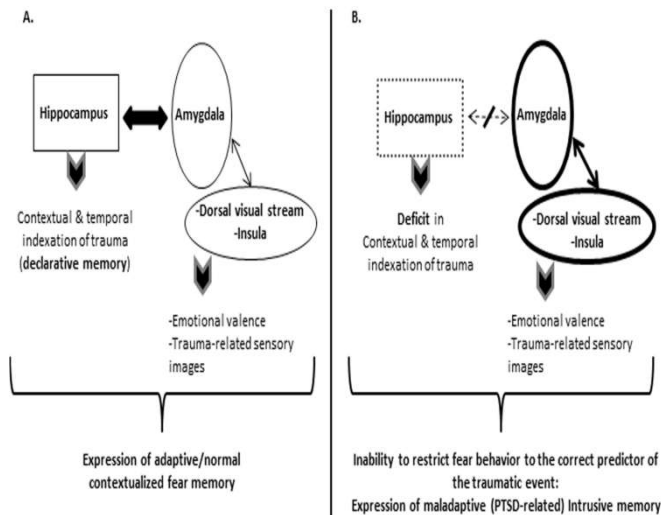


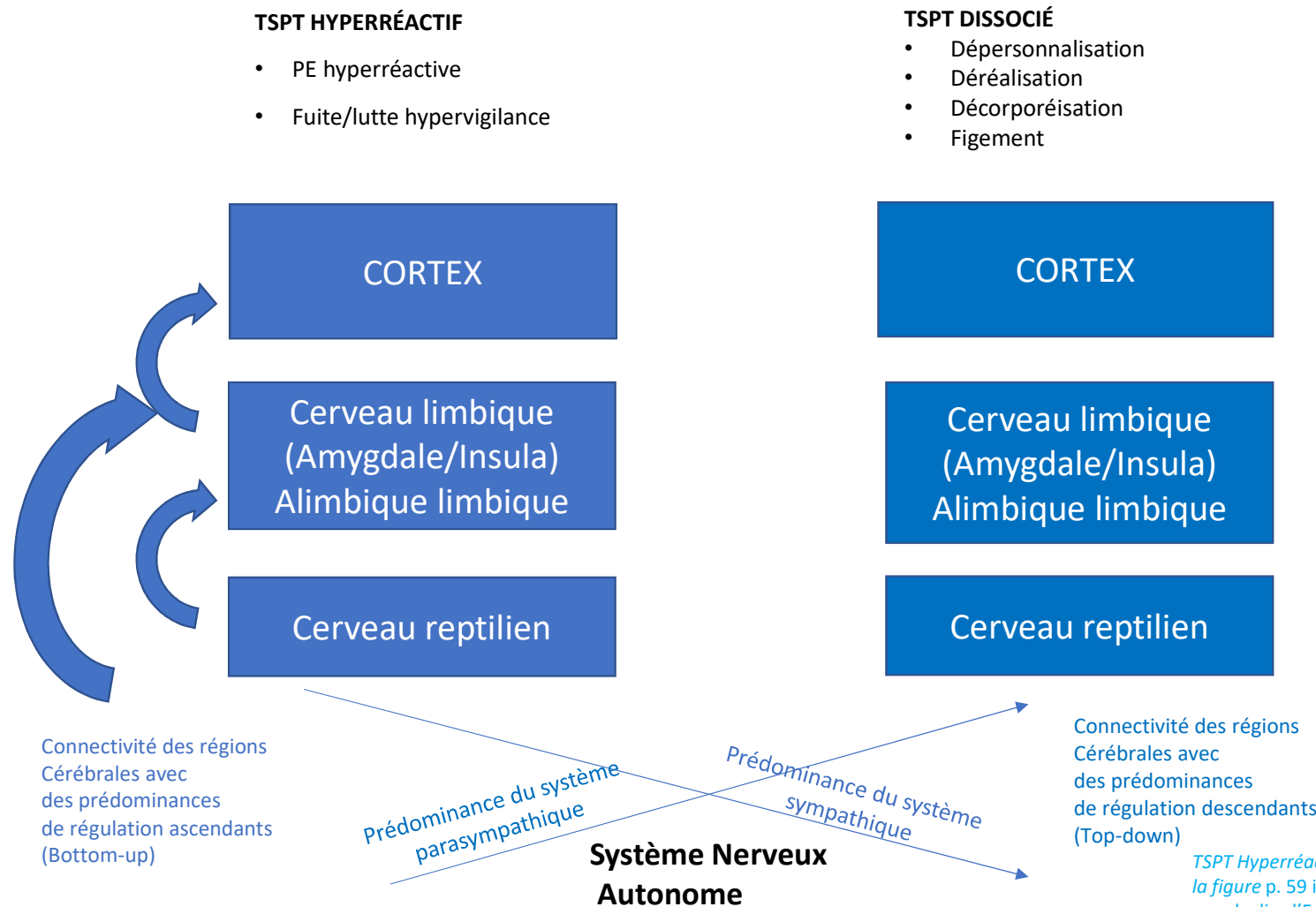
Figure 1. Declarative (context-based) memory as a key factor of normal versus posttraumatic stress disorder (PTSD)-like fear memory. Schematic model depicting the formation of normal and PTSD-related fear memory. **(A)** The hippocampus-dependent contextualization of a stressful situation together with a strong hippocampal-amygdalar relationship promotes the formation of normal fear memory within the declarative memory system, leading thereby to the expression of adaptive fear memory. **(B)** In contrast, a deficit in hippocampus-dependent contextual and temporal indexation of the traumatic event associated with dysfunction in the hippocampal-amygdalar interaction would underlie the inability to restrict fear memory to the right predictor of the trauma, leading to uncontrollable amygdala-dependent fear reaction to stimuli more or less related to the trauma and within contexts different from the original traumatic one (i.e., flashbacks). In that view, declarative amnesia for the surrounding traumatic context appears as a key factor of pathologic hypermnésie, promoting the persistence of flashbacks. Heavy lines indicate stronger recruitment and pathways; dashed lines indicate weaker recruitment and pathways. The style is necessarily schematic, with many brain regions and pathways omitted for a focus on the functional involvement and interaction of the hippocampus and amygdala.

➤ Interaction hippocampe-amygdale altérée

hypermnésie dans un système de mémoire sensoriel/émotionnel basé sur le signal

Amnésie au niveau de la mémoire déclarative

Modèle neurobiologique de la dissociation de Lanius



TSPT Hyperréactif/TSPT dissocié, schéma inspiré de la figure p. 59 in Évaluer et prendre en charge le TDI, sous la dir. d'E. Binet

Évolution vers un paradigme intégratif du trauma



Théorie organiciste de German Oppenheim (1889)

Neurobiologie du trouble de stress post-traumatique et des troubles dissociatifs

Épigénétique et traumatismes transgénérationnels

Implication du stress oxydatif et de l'inflammation

Approches thérapeutiques intégrant le corps

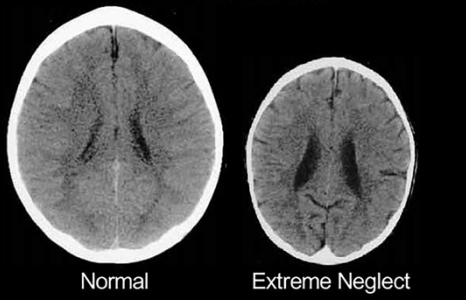


Jawaid et al., 2018

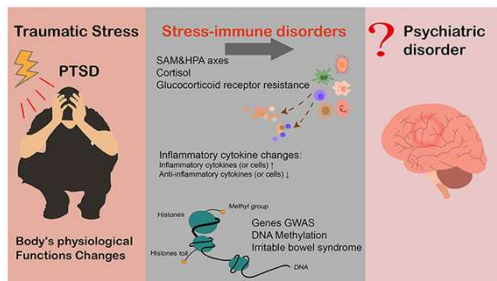


B. Van der Kolk, 2021

3 Year Old Children



B.Perry, 2002



Sun et al., 2021

Psychotraumatisme

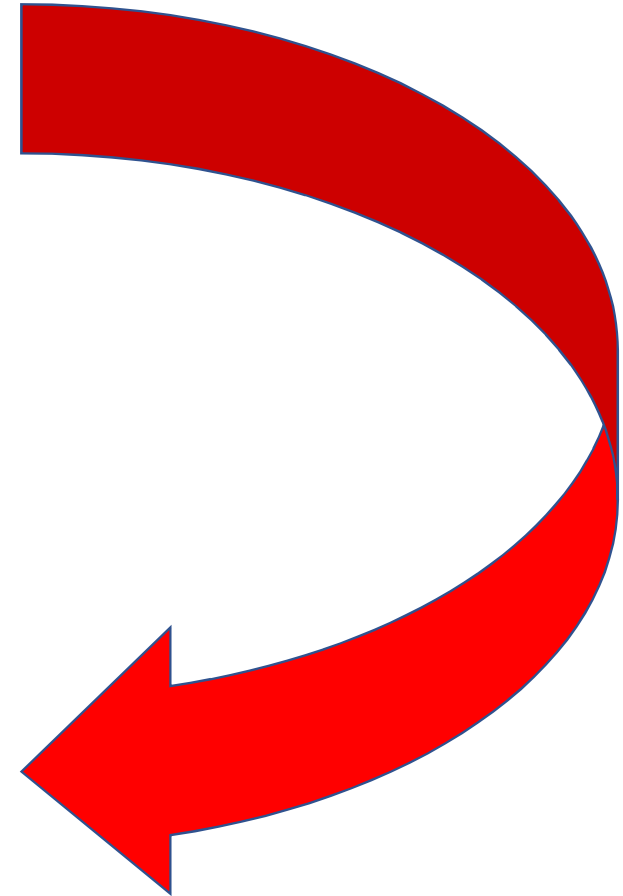


 Corps

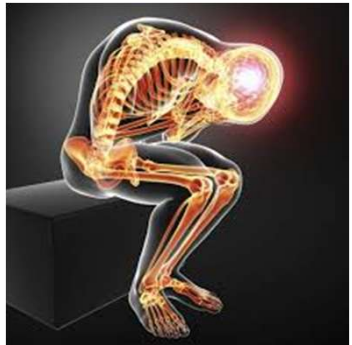
Psychotraumatisme



 Corps



Complications/comorbidités somatiques associées au TSPT



- Douleurs chroniques
- Troubles musculo-squelettiques



- Pathologies cardio-vasculaires



- Troubles neuro-cognitifs
- Démences



- Troubles fonctionnels

➤ **Via stress oxydatif et (neuro-)inflammation**

➤ **Via dissociation somatoforme pour phénotype avec exposition à des traumas**

Afari, N., et al., (2014). *Psychosomatic medicine*; Labudda, K., et al., (2018). *Harvard review of psychiatry*; Gradus J. et al., (2015), *BMJ open*; Miller, M. W., (2018). *Harvard review of psychiatry*

Recommandation NICE (2018)

- En cas de symptômes physiques inexpliqués à l'origine de consultations répétées, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recommande **de rechercher l'exposition à un ou plusieurs événements traumatisants** et de fournir des exemples précis d'événements traumatisants (voir recommandation 1.1.2), au vu d'une implication possible d'événements traumatiques dans la physiopathologie de ces troubles .

Post-traumatic stress disorder, NICE guideline, published : 5 December 2018, www.nice.org.uk/guidance/ng116

Prévalence de TSPT
en lien avec un
événement médical/
contexte de soins



Modèle d'Edmondson
de menace somatique
persistante



30%

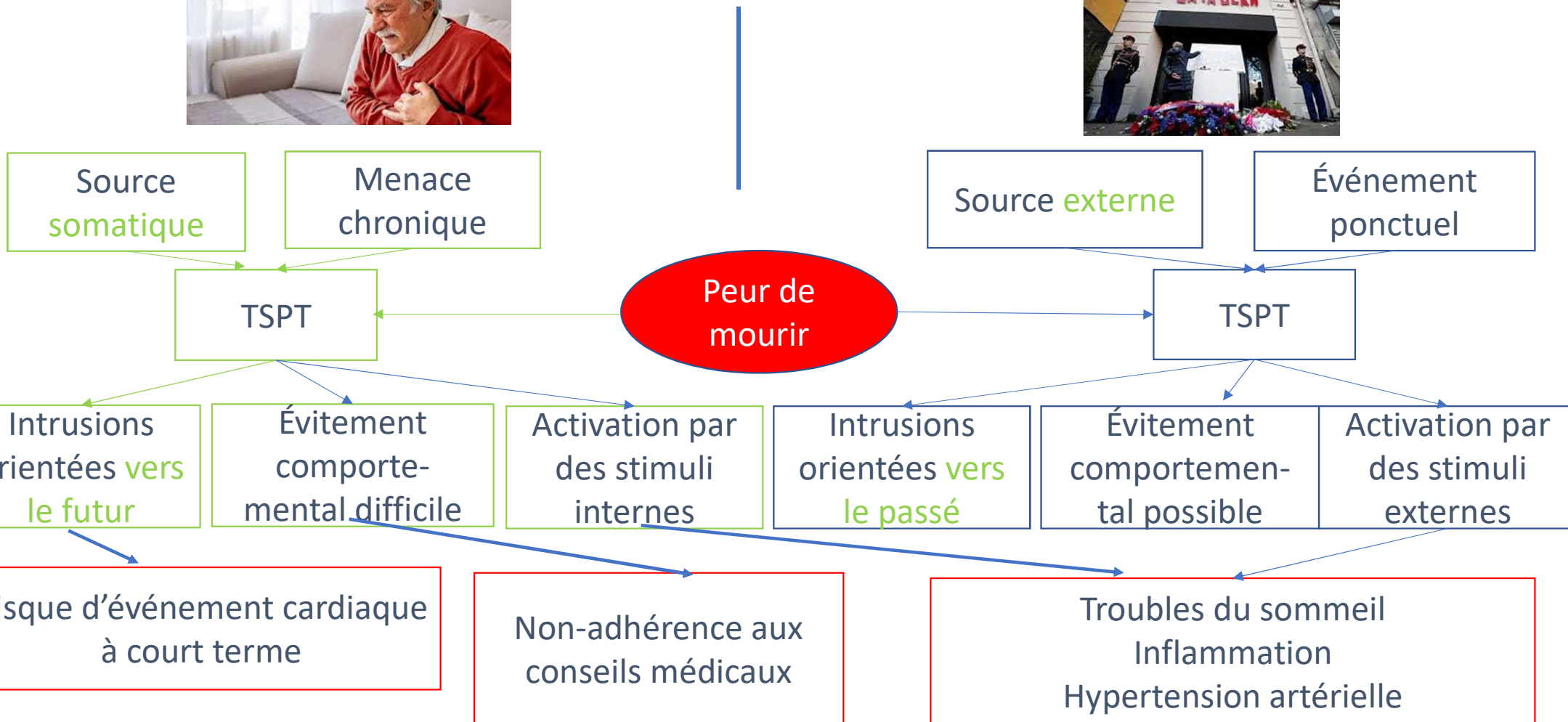
23%

21%

19%

4-18%
(9% étude HUG*)

Modèle de menace somatique persistante d'Edmondson



Plan

I. Généralités sur la psychotraumatologie

II. Principaux Modèles étiopathogéniques

III. Cognition, neurobiologie et trauma

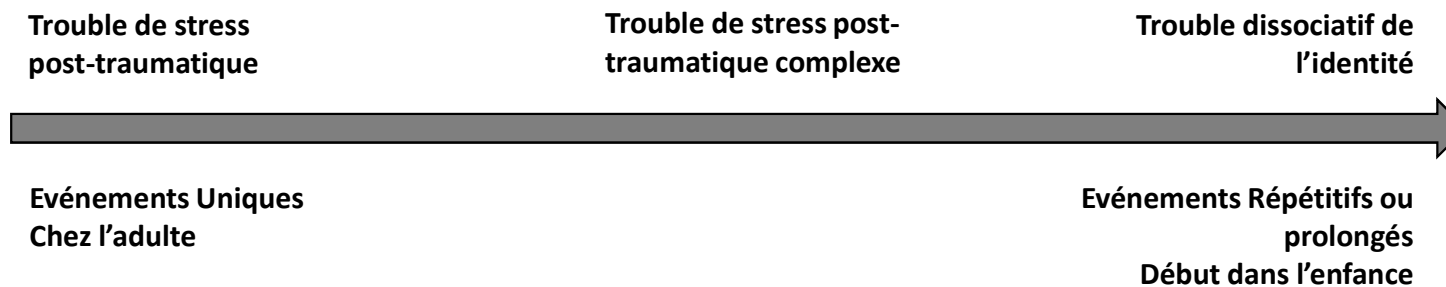
IV. Evaluation Diagnostique

V. Principes de prise en charge des troubles psychotraumatiques

VI. Focus sur l'Incendie de Crans-Montana: quelles spécificités ?

VII. Conclusion

Du TSPT au Trouble dissociatif de l'Identité



Au moment du trauma

- Possibilité de réaction adaptative (75%)
 - Signes
 - Alarme biophysiological et psychologique
 - Signes neurovégétatifs+++
 - Epuisement physique et psychique
 - Dimension d'apprentissage réussie
 - Capacités de prévention
 - Intégration de l'évènement psychiquement et physiquement
 - Un récit est possible et on peut en parler sans être débordé par les émotions

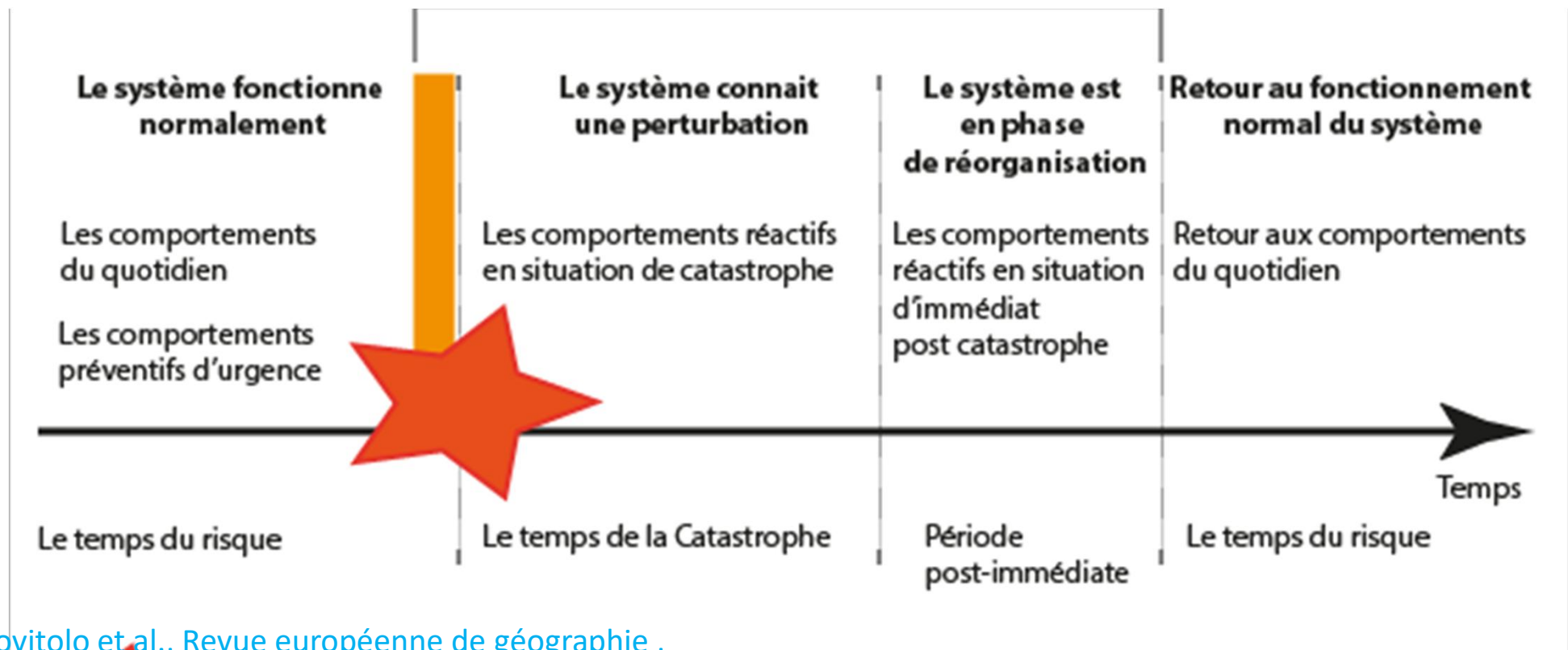
- Absence de réaction adaptative (25%)
 - Signes
 - **Stress dépassé** (Sidération (1' à x h, Agitation (qqs minutes à x h), Fuite panique (<30'), Comportement d'automate (qqs minutes à x h)
 - L'évènement n'est pas intégré ou seulement partiellement
 - Dissociation et/ou détresse péritraumatiques prédictives d'un TSPT

NChidiac, L. Crocq. Le psychotrauma II. La réaction immédiate et la période post-immédiate. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, Elsevier Masson, 2010, 168 (8), pp.639.

Réaction aiguë au stress: une réaction normale après un événement traumatique

- Les symptômes **transitoires et émotionnels** survenus dans les trois premiers jours suivant une exposition à un événement traumatique sont inclus dans le diagnostic de la réaction aiguë au stress définie dans la classification internationale des maladies (CIM-11) mais ne font pas partie de la définition du DSM-5 (55).
- Dans la CIM-11, la réaction aiguë au stress n'est pas considérée comme une entité clinique mais plutôt définie comme « **une réaction normale concernant la gravité de l'événement traumatique** »

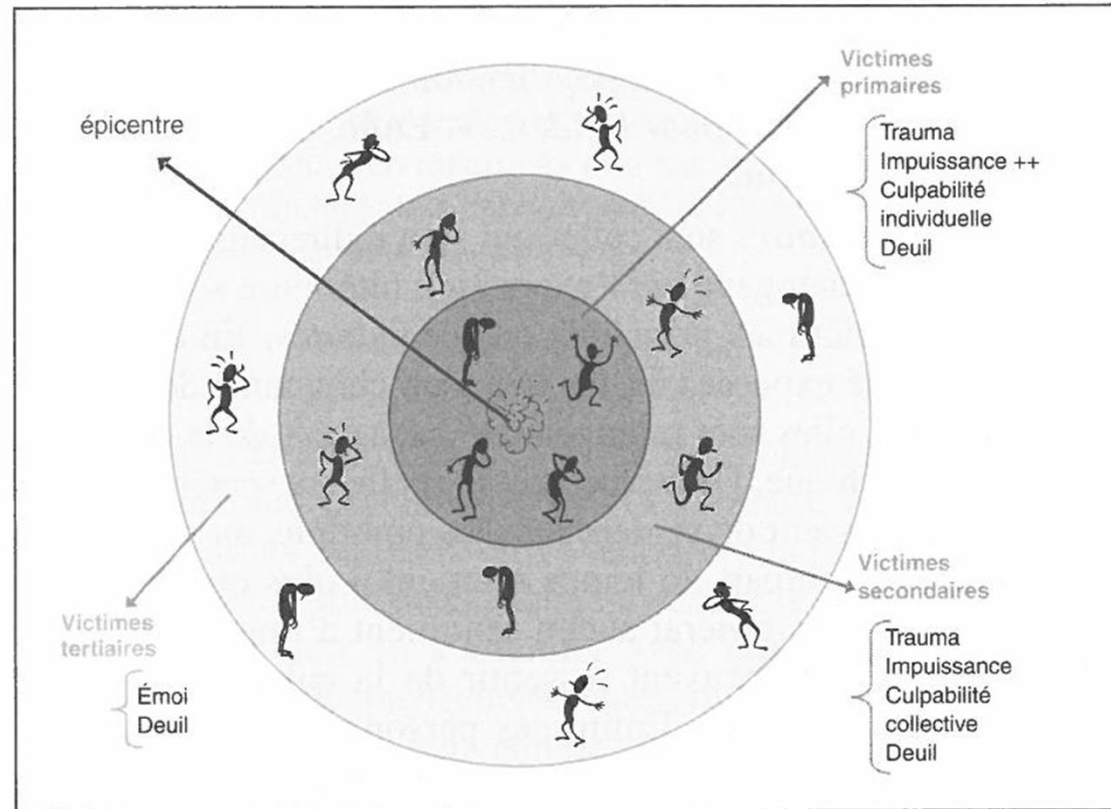
La réaction adaptative après un trauma



Provitolo et al., Revue européenne de géographie ,

Les comportements humains en situation de catastrophe : de l'observation à la modélisation conceptuelle et mathématique

Les victimes après une catastrophe collective ?



In Le débriefing psychologique, A. Ponseti-Gaillochon, C. Duchet, S. Molenda, Dunod, Paris, 2009.

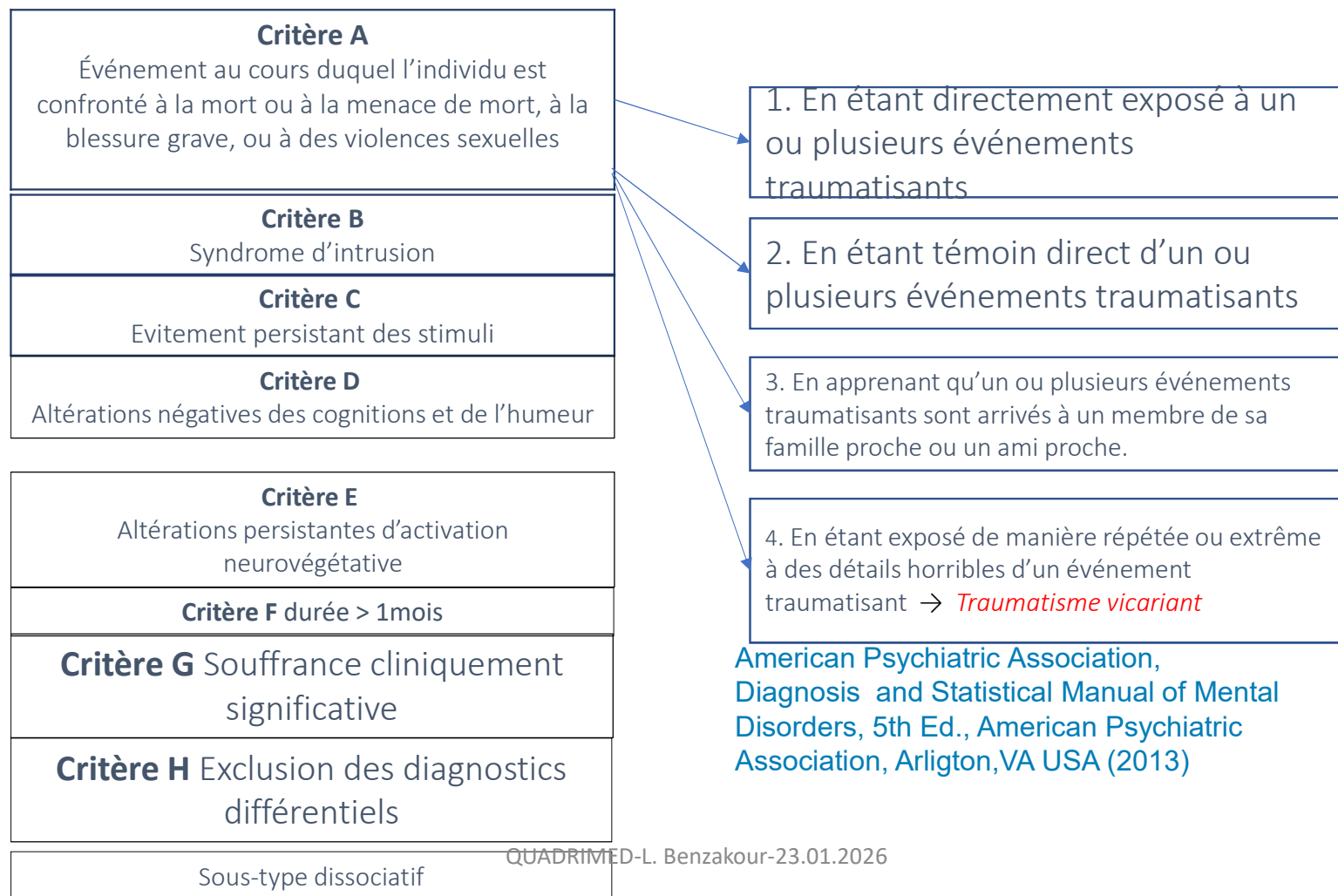
Pathologie psychotraumatique



Événement traumatique qui fait effraction dans la vie du sujet

- Troubles psychotraumatiques intégrés dans la catégorie: « **Troubles en lien avec le Trauma et le Stress** »
 - Troubles en lien avec les traumatismes dans le DSM 5
 - Trouble de stress aigu (entre 3 jours et 1 mois)
 - Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) > 1 mois
 - Autre trouble en lien avec les traumas et le stress
 - Trouble non spécifié en lien avec le trauma ou le stress
 - Dans la CIM11
 - TSPT Complexe
- Troubles dissociatifs dans le DSM5 non intégrés dans cette catégorie bien qu'en lien avec les traumatismes
 - Trouble Dissociatif de l'Identité
 - Amnésie Dissociative
 - Dépersonnalisation-Déréalisation
 - Autre trouble dissociatif spécifié
 - Trouble dissociatif non spécifié
- Événements traumatiques = facteurs de risque communs à d'autres troubles (TB, SCZ, troubles anxieux...)

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (TSPT) (DSM-5)



Critères diagnostiques du DSM5 pour le Trouble de Stress Aigu (TSA)

A=Exposition à un événement traumatique

B=Présence d'au moins 9 des 14 symptômes suivants

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et intrusifs
2. Rêves répétitifs et perturbants liés à l'événement
3. Réactions dissociatives
4. Détresse psychologique ou réactivité physiologique marquée
5. Incapacité persistante à ressentir des émotions positives
6. Perception altérée de la réalité ou de soi-même
7. Incapacité à se rappeler un aspect important de l'événement
8. Efforts pour éviter les souvenirs, pensées, ou sentiments
9. Efforts pour éviter des stimuli externes
10. Difficultés de sommeil
11. Comportements irritables ou accès de colère
12. Hypervigilance
13. Difficultés de concentration
14. Réactions de sursaut exagérées

C= Durée de moins d'un mois

Critères DSM 5 du Trouble de Stress Post-Traumatique

Critère A
Événement traumatique

L'événement traumatique au cours duquel l'individu est confronté à la mort ou à la menace de mort, à la blessure grave ou à la menace de blessure grave de soi et/ou d'autrui

Critère B
Syndrome d'intrusion
(> 1 manifestation)

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants relatifs à l'événement traumatique et provoquant un sentiment de détresse
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu/et ou l'affect sont liés à l'événement traumatique
3. Réactions dissociatives où l'individu se sent/agit comme si l'événement traumatique allait se reproduire (continuum de dissociation)
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer l'événement traumatique

Critère C
Evitement persistant des stimuli
(> 1 manifestation)

1. Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques relatifs à l'événement traumatique et provoquant un sentiment de détresse
2. Evitement ou efforts pour éviter les rappels externes qui réveillent des souvenirs en lien avec l'événement traumatique (personnes, endroits...) qui réveillent des souvenirs, pensées ou sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

Critère D
Altérations négatives des cognitions et de l'humeur
(> 2 manifestations)

1. Incapacité à se rappeler un aspect important de l'événement traumatique
2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées de soi-même, d'autres personnes ou du monde
3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences de l'événement traumatique qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes
4. Etat émotionnel négatif persistant

Critères DSM 5 du Trouble de Stress Post-Traumatique

Critère E

Altérations persistantes
d'activation
neurovégétative
(> 2 manifestations)

1. Comportement irritable, accès de colère avec une agressivité verbale ou physique envers des personnes/objets
2. Comportement irréfléchi ou auto-destructeur (conduite à risque, consommation de toxiques, automutilation)
3. Hypervigilance
4. Réaction de sursaut exagérée
5. Problèmes de concentration
6. Perturbation du sommeil

Critère F

La durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) est de plus que 1 mois

Critère G

La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.

Critère H

La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale.

Sous-type dissociatif
(> 1 symptôme)

1. Dépersonnalisation
(expériences persistantes de détachement de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps)
2. Déréalisation
(expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement³³)

Échelles diagnostiques/ de sévérité du TSPT

Impact of Invent Scale-
Revised (IES-R)*

Clinical adminis-trated
PTSD scale (CAPS5)**

PTSD checklist (PCL5)
**

TSPT complexe selon la CIM 11

- Après une exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou terrifiante, le plus souvent prolongés ou à des événements répétitifs dont il est difficile ou impossible de s'échapper (p. ex. torture, esclavage, campagnes de génocide, violence domestique prolongée, abus sexuel ou maltraitance physique sur des enfants).
- Tous les critères de diagnostic du TSPT sont satisfaits auxquels s'ajoutent
 - 1) des problèmes de régulation de l'affect ;
 - 2) l'impression d'être diminué, vaincu ou inutile, accompagnée de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec en lien avec l'événement traumatique ; et
 - 3) des difficultés à entretenir les relations et à se sentir proche des autres.
 - 4) Ces symptômes entraînent une déficience significative dans les domaines, personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants.

Les troubles Dissociatifs

- ☐ Se caractérisent par « une perturbation et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, de la perception, de la représentation du corps, du contrôle moteur et du comportement ».
- ☐ Sont ressentis comme des intrusions spontanées dans la conscience et le comportement « accompagnés d'une perte de la continuité de l'expérience subjective ».
- ☐ 3 principaux Troubles dans le DSM5
 - ☐ le trouble dissociatif de l'identité
 - ☐ l'amnésie dissociative
 - ☐ La dépersonnalisation-déréalisation.

Théorie de la dissociation structurelle de la personnalité

- Modèle théorique élaboré par Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2010 expliquant les processus dissociatifs
- Acceptions plus larges des symptômes dissociatifs du DSM-5
 - TSPT dissociatif, TDI/TDI partiel, dépersonnalisation, déréalisation
 - Symptômes dissociatifs positifs (ex: douleurs, attaques de panique, troubles convertifs,...)
 - Mais aussi: symptômes dissociatifs négatifs (=absence/perte de fonction devant normalement être présente) (ex.: amnésie, anesthésie, absence d'émotions, altération conscience de la réalité, de soi,...)
 - psychoformes (cognitivo- émotionnels)
 - somatoformes (sensori-moteurs)
- Repose sur le concept de division inappropriée de la personnalité entre 2 ou plus de 2 sous-systèmes psychobiologiques dans les suites de l'exposition traumatique
- Le traitement vise à intégrer progressivement ces différentes parties



Plan

I. Généralités sur la psychotraumatologie

II. Principaux Modèles étiopathogéniques

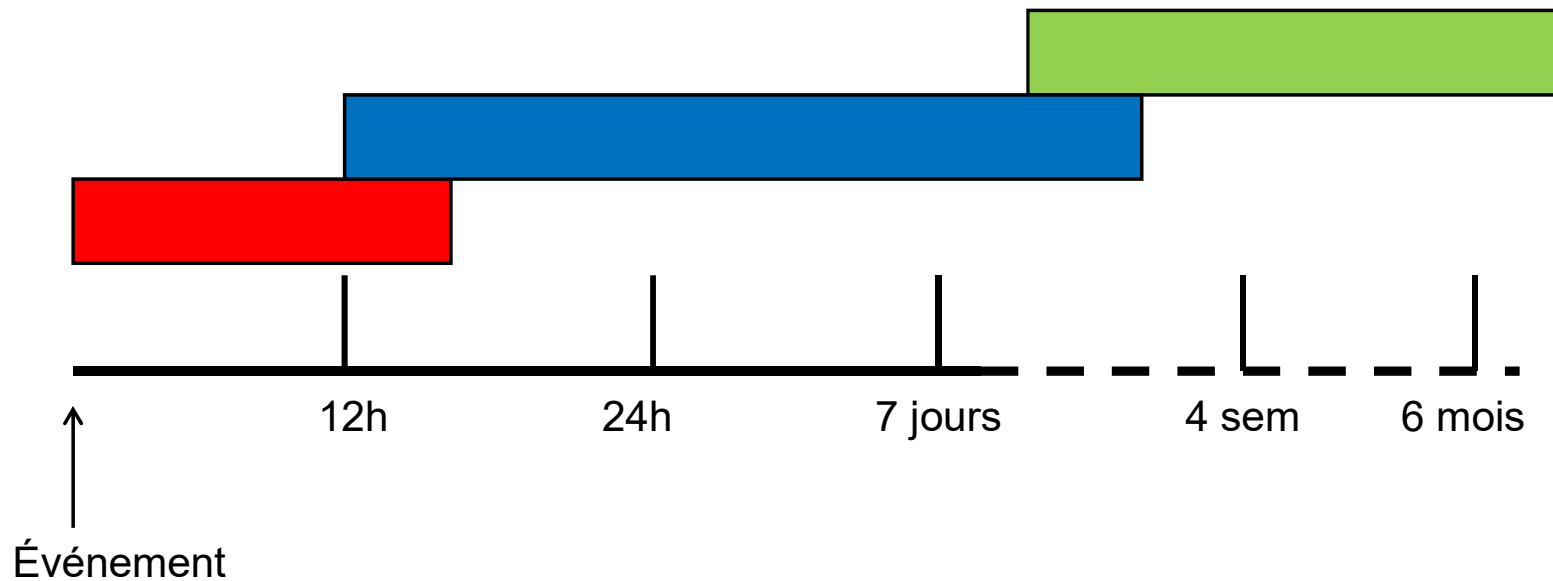
III. Cognition, neurobiologie et trauma

IV. Evaluation Diagnostique

V. Principes de prise en charge des troubles psychotraumatiques

Les temps du soin après un événement traumatique

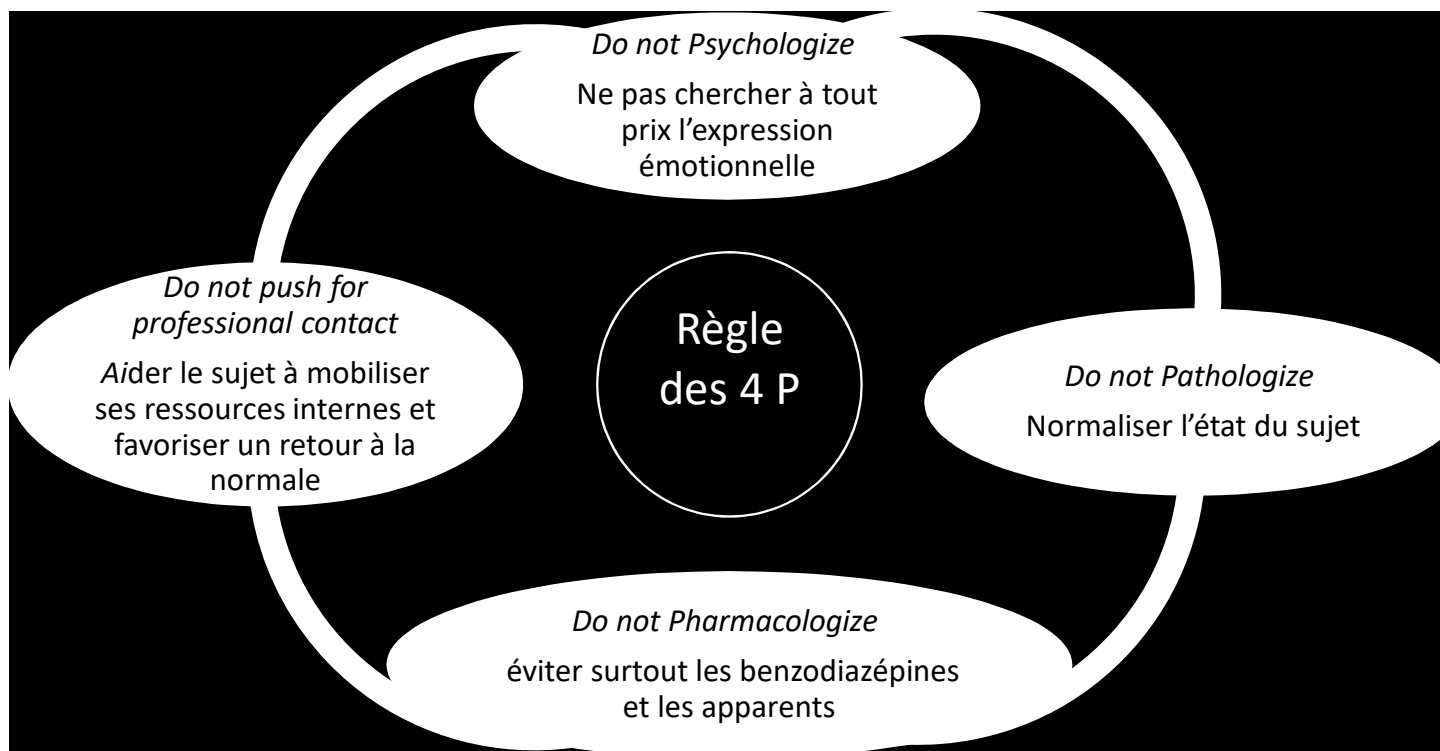
 = aide immédiate  = aide long cours
 = aide post-immédiate



Aide immédiate après un événement traumatique: les interventions psychologiques d'urgence

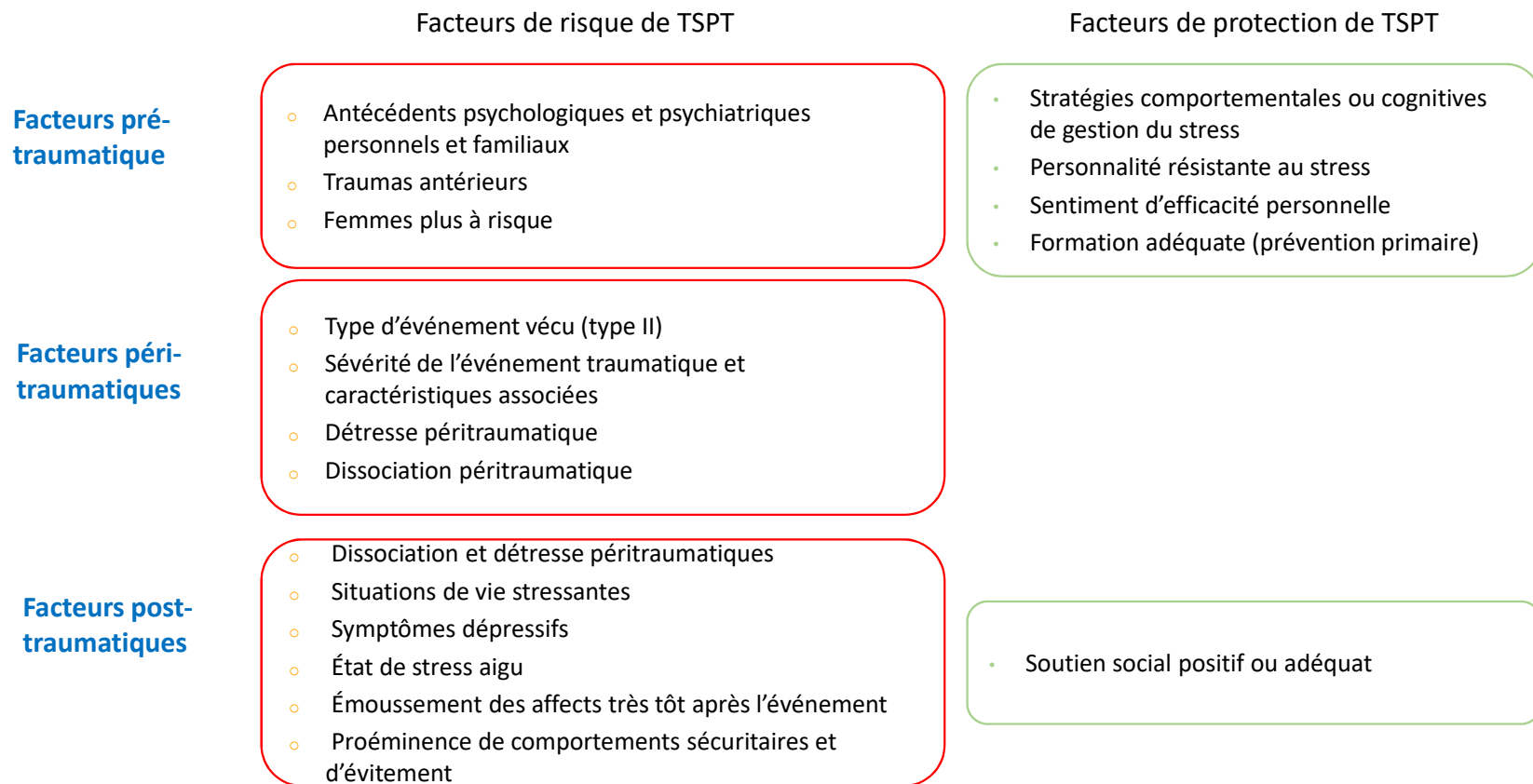


« *Do not* »



Immédiatement après un traumatisme psychique

- ❖ Repérage de personnes à risque de TSPT
 - Évaluation clinique ciblée
 - Recherche des facteurs de risque pré-traumatiques, péritraumatiques, post-traumatiques
- ❖ Interventions psychologiques précoces
 - *Defusing* dans les 24 1res heures (*debriefing non recommandé !!!*)
- ❖ Traitement médicamenteux symptomatique: hydroxyzine (Atarax[®])



Defusing: pour réintégrer le sujet au monde des vivants

- Attitude d'accompagnement (bref entretien semi-directif): prendre acte de la souffrance ressentie et demander si la personne veut parler
- Rassurer la personne sur sa sécurité
«C'est fini, vous ne risquez plus rien, vous êtes en sécurité dans cette salle»
- Situer la personne dans « l'ici et maintenant » et donner des repères
- Donner les informations dont on dispose et seulement celles qu'on est autorisé à communiquer
- Ne pas chercher à dédramatiser ni à parler d'autres choses (attention à la fuite)
- Avant de se séparer, **informer** les victimes sur la possibilité des troubles ultérieurs avec la possibilité d'un accompagnement psychologique
- Orienter vers un accompagnement social et juridique le cas échéant

Psychoéducation

- Informer sur les symptômes présents/du risque d'apparition de symptômes
- C'est thérapeutique en soi d'expliquer ce dont souffre le patient pour
 - Mieux connaître ses symptômes
 - Mieux connaître la fonction des symptômes
 - Explorer ses facteurs personnels qui ont participé à l'installation des symptômes
 - Diminuer la perturbation liée aux symptômes
 - Que le patient se sente moins seul à souffrir
 - Permet de comprendre que ces symptômes sont communs aux personnes victimes de traumatisme et ainsi de les normaliser
 - Préparer la démarche thérapeutique
- Informer sur les possibilités de soins

Place de l'hospitalisation après un événement traumatique sans blessures physiques

➤ Indications

- Trouble de stress aigu ou TSPT avec critères de sévérité (dissociation importante, anxiété massive, reviviscences très envahissantes, risque suicidaire élevé...)
- Réaction pathologique en aigu
 - Réaction mélancolique associée à un risque de passage à l'acte suicidaire
 - Réaction délirante
 - Réaction maniaque
- Isolement social

➤ Conditions d'hospitalisation

➤ Hospitalisation de courte durée le plus souvent

- Aux urgences
- Ou dans une unité d'hospitalisation contenant et rassurante
 - Pour retrouver un sentiment de sécurité avant le retour à sa vie quotidienne
 - Possibilité de perfusion quand hyperactivité neurovégétative trop marquée avec vomissements
 - Mise en place d'un traitement symptomatique en fonction du tableau clinique

Aide post-immédiate et aide au long cours après un événement traumatique: Une approche psychothérapeutique centrée sur le trauma



Protocoles psychothérapeutiques adaptés aux traumas récents

❑ Protocoles EMDR

- ❑ Francine Shapiro (2001) a constaté que le souvenir d'un traumatisme récent est plus fragmenté, moins organisé et intégré dans un récit que le souvenir d'un traumatisme lointain.
- ❑ Développement de plusieurs adaptations du protocole standard EMDR pour les **traumatismes récents quelques jours après le traumatisme jusqu'à 3 mois** après l'événement.
 - le protocole EMD (34)
 - le protocole EMDR pour les incidents critiques récents (EMDR-PRECI)
 - ou le protocole EMDR pour épisodes traumatiques récents (R-TEP)

❑ Interventions cognitivo-comportementales de courte durée axées sur le traumatisme (TCC-AT)

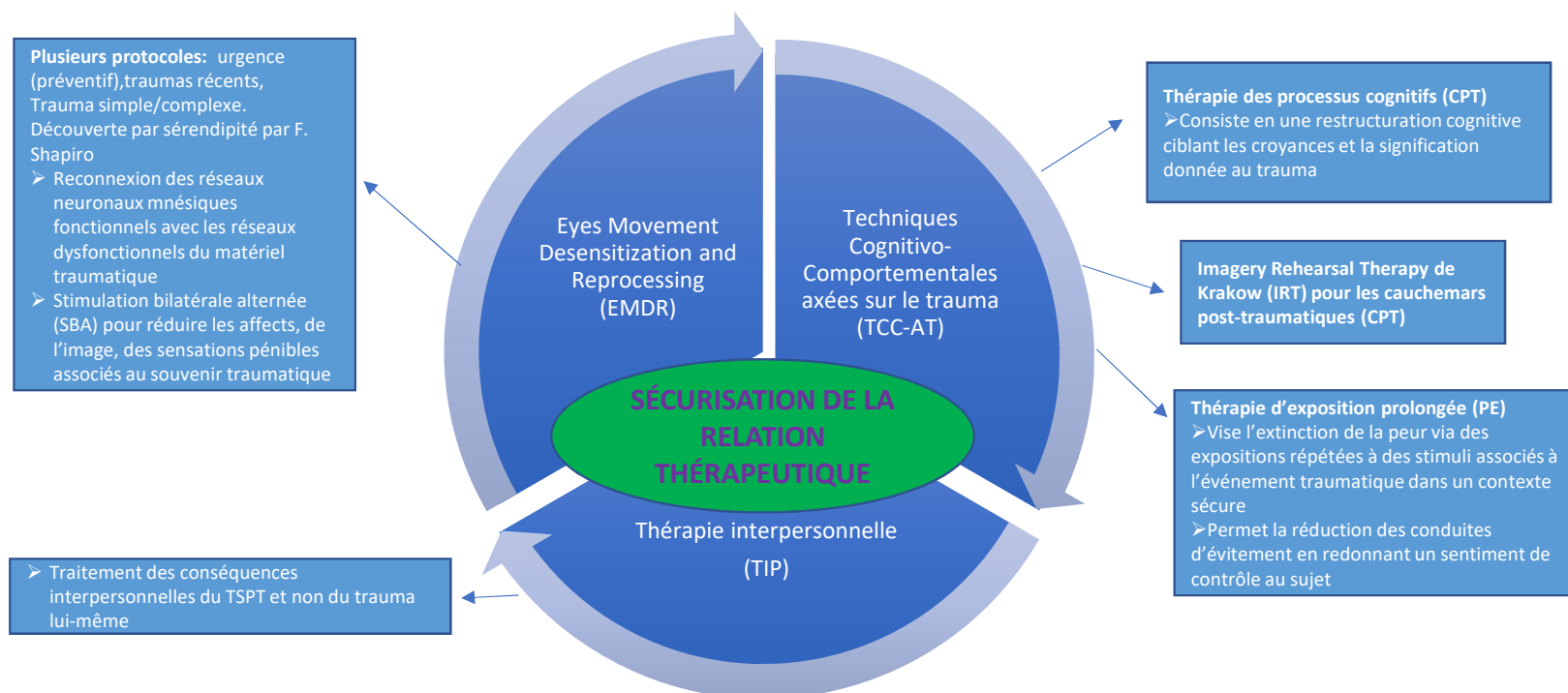
Le traitement en trois phases de Pierre Janet (1859-1947)

Souvenirs traumatiques, leur traitement selon le modèle De la dissociation structurelle e la perosnnalité, O. Van der Hart, K. Steele, E. Nijenhuis, E. De Soir. Stress et Trauma. 2009; 9(2):81-92

- 1. La stabilisation, le traitement orienté vers les symptômes et la préparation pour la liquidation des réminiscences traumatiques.
- 2. L'identification, l'exploration et la modification de réminiscences traumatiques.
- 3. La prévention de la rechute, le soulagement des résidus symptomatologiques, la réintégration de la personnalité et la réhabilitation.
- Consensus unanime pour proposer un travail thérapeutique par phases, multimodal
- En adéquation avec **le modèle de la dissociation structurelle de la personnalité**
 - Janet P. (1919) : Les médications psychologiques (3 vol.). Paris : Félix Alcan. Reprint : Société Pierre Janet, Paris, 1984.



Psychothérapies de référence



Prise en charge du trauma complexe

- Un préalable : la sécurisation du patient !!!
- Traitement en 3 phases de Janet
 - Phase I:
 - *Seeking safety* de Lisa Najavits
 - Instaurer un cadre sécurisant et stabiliser le sujet
 - Phase II : traitement centré sur le trauma
 - Phase III: phase de réhabilitation du sujet dans la vie actuelle
- Techniques d'EMDR adaptées au trauma complexe
- La thérapie des états du moi de Watkins et Watkins

Autres aspects de la prise en charge

- Accompagnement socio-judiciaire indispensable pour le processus de réparation
- Associations d'aide aux victimes
- Loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions (LAVI) pour fournir une aide efficace aux victimes d'infractions et à renforcer leurs droits
- Orientation vers thérapeutes formés au psychotraumatisme si trouble chronique

Autres psychothérapies en 2nde intention

- **Thérapie sensorimotrice de Pat Ogden**
- Hypnothérapie
- Psychothérapies « augmentées »
 - Thérapie de la reconsolidation de Brunet (Propranolol)
 - MDMA

Pharmacothérapie du TSPT



Classe	Dénomination commune internationale	Mécanisme d'action	Indication
ANTIDÉPRESSEURS	Paroxétine ^{1,2} Sertraline ² Fluoxétine	IRS	Tous les symptômes de TSPT
	Venlafaxine	IRSNA	Tous les symptômes de TSPT mais moins efficace sur les signes d'hyperactivité neurovégétative
	Mirtazapine	Antagoniste 5-HT-2, 5HT-3	Tous les symptômes de TSPT
ANTI-PSYCHOTIQUES ATYPIQUES	Risperidone Quétiapine	Antagoniste D-2, 5-HT-2	Pour les troubles du sommeil avec efficacité discutable; seraient efficaces sur d'autres symptômes
ANXIOLYTIQUES OU HYPNOTIQUES	Prazosine	Antagoniste α -1 adrénorécepteur	Pour les troubles du sommeil avec efficacité discutable; seraient efficaces sur d'autres symptômes
	Hydroxyzine	Agoniste du récepteur GABA-A Anti-histaminique	Efficace pour les signes d'anxiété physique
	Alprazolam, clonazepan		Aucune preuve d'efficacité Possible aggravation des symptômes
Autres	Hydrocortisone	Action sur l'axe HHS	Prévention du TSPT
	Propranolol	Blocage des récepteurs post-synaptiques β dans le noyau basolatéral de l'amygdale	Prévention et traitement du TSPT (thérapie de la reconsolidation)

¹ indications validées par Swissmedics; ² indications validées par la Food drugs and Andministration (FDA)

Abdallah et al., *The Neurobiology and Pharmacotherapy of PTSD*,
Annu Rev Pharamcol Toxicol , 2019

Plan

I. Généralités sur la psychotraumatologie en contexte de psychiatrie de liaison

II. Principaux Modèles étiopathogéniques

III. Cognition, neurobiologie et trauma

IV. Evaluation Diagnostique

V. Principes de prise en charge des troubles psychotraumatiques

VI. *Focus sur l'incendie de Crans-Montana: quelles spécificités ?*

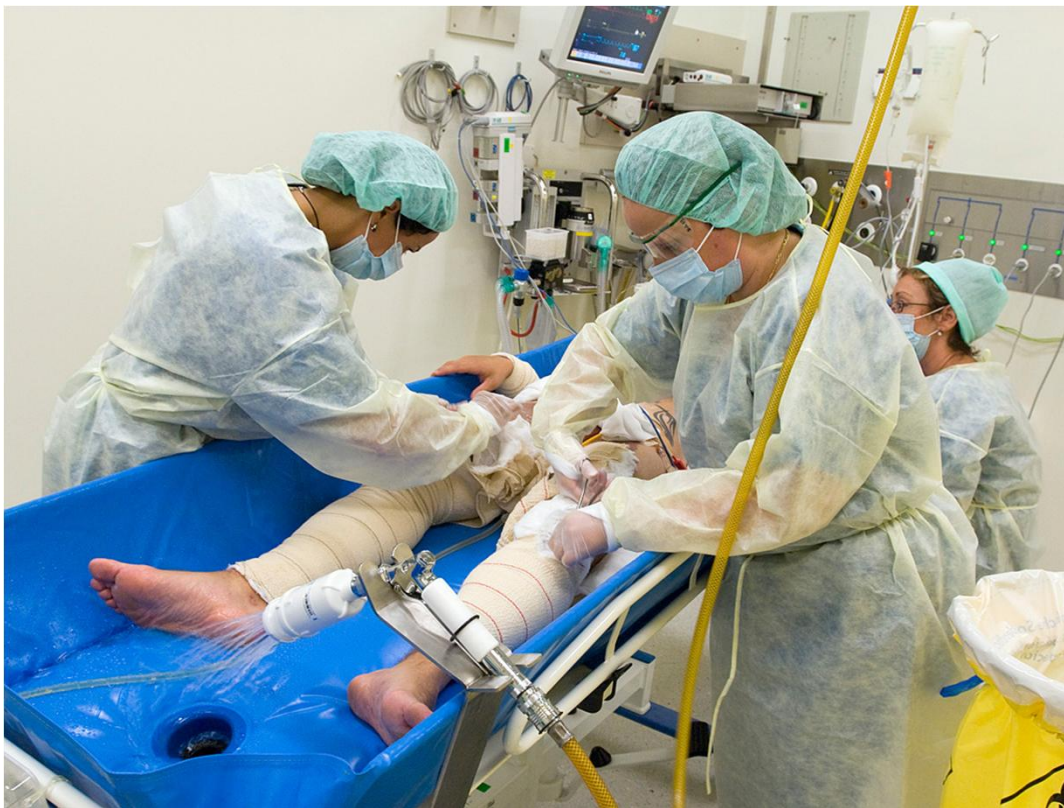
V. Conclusion

Particularités de cette catastrophe collective



- Survenue dans context festif
- Victimes jeunes blessées et décédées
- Soudaineté de l'embrasement
- Identification de négligences de sécurité et questionnement sur le caractère evitable de l'incendie

Impact des brûlures sur la santé



- ❑ Conséquences sur **la santé physique** associées:
 - ❑ Douleurs chroniques, neuropathie
 - ❑ Susceptibilité aux infections
 - ❑ Cicatrices
 - ❑ Limitations fonctionnelles
- ❑ Risque de séquelles **post-traumatiques** élevé (45% TSPT) comparativement aux autres natures d'événements traumatiques,
- ❑ Risque de **dépression** (54% avec symptômes de dépression, dont 26 avec trouble modéré et sévère)
- ❑ Risque de **troubles anxieux** (22%)
- ❑ Consommation de substances
- ❑ Souffrance pendant la réhabilitation en lien avec le deuil, la perte
- ❑ Influences du TBSA, de l'âge, du genre/sexe ?

Sex Differences, Age, and Burn Size Contribute to Risk of PTSD and Depression After Burn Injury

Yulia Gavrilova, PhD^{1,2,*}; Emily Rooney, PhD³; Julia Donevant, BS¹; Julia Ficalora, BS¹; Amy Sieglein, BS¹; Steven Kahn, MD²; Tatiana Davidson, PhD⁴

- ❑ Revue spécialisée qui se concentre **sur tous les aspects des soins des brûlés**, du traitement aigu, de la chirurgie et de la réadaptation à la prévention, avec des sujets tels que les soins intensifs, la dermatologie, la médecine d'urgence, la nutrition et la gestion de la douleur,

Gavrilova Y, Rooney E, Donevant J, et al. Sex Differences, Age, and Burn Size Contribute to Risk of PTSD and Depression After Burn Injury. *J Burn Care Res.* 2024;45(6):1444-1453. doi:10.1093/jbcr/irae092

Sex Differences, Age, and Burn Size Contribute to Risk of PTSD and Depression After Burn Injury

Yulia Gavrilova, PhD^{1,2,*}; Emily Rooney, PhD³; Julia Donevant, BS¹; Julia Ficalora, BS¹; Amy Sieglein, BS¹; Steven Kahn, MD²; Tatiana Davidson, PhD⁴

❑ Objectifs

- I. Examiner **l'impact du genre** sur le risque de développer un trouble de stress post-traumatique et une dépression à l'admission au centre des brûlés.
 - II. Comprendre **l'influence de l'âge et du TBSA** au risque.
 - III. Evaluer **la validité prédictive des scores totaux de risque pour le TSPT et la dépression** sur les résultats des symptômes 30 jours après la brûlure
- ❑ L'étude a inclus **374 patients inscrits au programme Burn Behavioral Health (BBH)** dans un centre régional de brûlures entre février 2021 et septembre 2022 (voir le diagramme CONSORT [Figure 1] pour plus d'informations).
 - ❑ Les patients ayant des brûlures identifiés via le recensement des centres de brûlés.
 - ❑ Critères d'exclusion: moins de 18 ans, présentant actuellement des symptômes psychotiques aigus et présentaient un trouble neurocognitif sévère.
 - ❑ Dans les 30 premiers jours suivant l'admission, les patients étaient évalués soit au chevet de l'hôpital, soit à la clinique des brûlés à leur sortie s'ils étaient absents à l'hôpital.

Sex Differences, Age, and Burn Size Contribute to Risk of PTSD and Depression After Burn Injury

Yulia Gavrilova, PhD^{1,2,*}; Emily Rooney, PhD³; Julia Donevant, BS¹; Julia Ficalora, BS¹; Amy Sieglein, BS¹; Steven Kahn, MD²; Tatiana Davidson, PhD⁴

❑ Cette étude a utilisé un plan **longitudinal/prospectif** pour examiner la même cohorte de patients brûlés au fil du temps, depuis l'admission initiale à l'hôpital jusqu'à un mois après la blessure.

❑ Le modèle BBH, adapté du Trauma Resilience and Recovery Program (TRRP) de leur Centre de Traumatologie de Niveau 1, est **un programme de soins en 4 étapes** qui fournit des services de santé mentale aux patients brûlés couvrant le continuum de l'hospitalisation à l'ambulatoire.

Étape 1 : Les patients ont un premier entretien durant leur hospitalisation et reçoivent une psychoéducation sur les symptômes courants et les trajectoires de la guérison en santé mentale, le dépistage initial des risques et l'intervention précoce afin de réduire la détresse, soutenir le fonctionnement adaptatif et encourager l'engagement dans le suivi en santé mentale.

Étape 2 : **Proposition d'Inscription optionnelle à un auto-suivi** automatisé des symptômes par texte de 30 jours, avec des retours personnalisés et des conseils éducatifs pour promouvoir l'auto-surveillance des symptômes de santé mentale et accélérer la réhabilitation de la santé mentale

Sex Differences, Age, and Burn Size Contribute to Risk of PTSD and Depression After Burn Injury

Yulia Gavrilova, PhD^{1,2,*}; Emily Rooney, PhD³; Julia Donevant, BS¹; Julia Ficalora, BS¹; Amy Sieglein, BS¹; Steven Kahn, MD²; Tatiana Davidson, PhD⁴

- ❑ Cette étude a utilisé un plan **longitudinal/prospectif** pour examiner la même cohorte de patients brûlés au fil du temps, depuis l'admission initiale à l'hôpital jusqu'à un mois après la blessure.
- ❑ Le modèle BBH, adapté du Trauma Resilience and Recovery Program (TRRP) de leur Centre de Traumatologie de Niveau 1, est **un programme de soins en 4 étapes** qui fournit des services de santé mentale aux patients brûlés couvrant le continuum de l'hospitalisation à l'ambulatoire.

Étape 3 : Entretien téléphonique pour Dépistage rapide de la santé mentale 30 jours après la blessure pour évaluer le TSPT et les symptômes dépressifs.

Étape 4 : Orientation vers des services de santé mentale de bonne pratique, en interne ou dans la communauté, pour les patients qui dépassent les seuils cliniques du TSPT et/ou de la dépression. Les services incluent l'évaluation diagnostique en présentiel et/ou basée sur la télésanté, ainsi que la psychothérapie individuelle et de groupe basée sur les compétences

Sex Differences, Age, and Burn Size Contribute to Risk of PTSD and Depression After Burn Injury

Yulia Gavrilova, PhD^{1,2,*}; Emily Rooney, PhD³; Julia Donevant, BS¹; Julia Ficalora, BS¹; Amy Sieglein, BS¹; Steven Kahn, MD²; Tatiana Davidson, PhD⁴

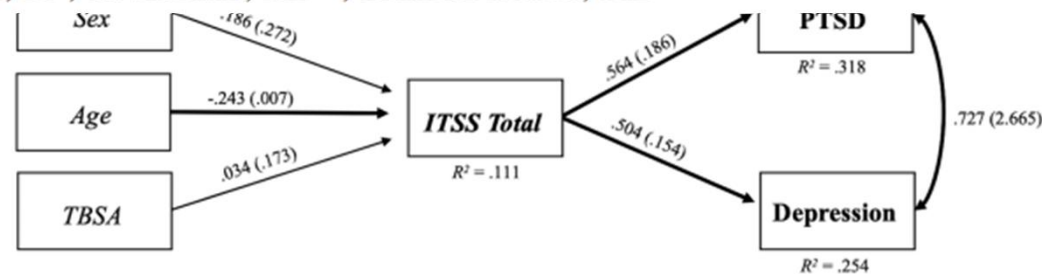


Figure 3. Path Model with Standardized Parameter Estimates. *Note.* TBSA, Total Body Surface Area of the Burn; ITSS Total, Total Score on Injured Trauma Survivor Screen; PTSD, Total Score on PCL-5 Short Form; Depression, Total Score on PHQ-8. Path Model With Standardized Parameter Estimates, Adjusting for the Effects of the Covariates on PTSD and Depression Symptom Risk (ITSS Total Score). Sex Was Dummy Coded as 0 = Male, 1 = Female. Straight Arrows Represent Direct Effects. The Curved Double-Headed Arrow Represents Covariance. All Paths Were Statistically Significant. Bold Lines Represent Significant Paths at the $P < .001$ Level. Nonbold Lines Represent Significant Paths at the $P < .05$ Level. Values in Brackets Represent 95% Confidence Intervals. R-Square Values Represent Variance in Dependent Variables Accounted for by the Model.

- ❑ Le sexe féminin et le TBSA ont significativement prédit le risque total (effet positif), et un âge plus jeune a significativement prédit un risque total plus élevé (effet négatif). De plus, le risque total a significativement prédit à la fois le TSPT et la gravité des symptômes de dépression (effet positif). La variance des variables dépendantes prises en compte par le modèle était d'environ 11 % pour les scores totaux ITSS, 32 % pour les scores PCL-5 Short Form, et 25 % pour les scores PHQ-8.

CONCLUSION

- ☐ Enjeu de santé publique
- ☐ Plusieurs modes d'exposition traumatique
- ☐ Influence de facteurs de risque
- ☐ Importance du dépistage pour une intervention précoce
- ☐ Defusing plutôt que debriefing
- ☐ Différents temps du soin
- ☐ Implication de traumatismes dans les tableaux cliniques complexes/atypiques physiques



*Merci de votre attention et prenez soin de vous pour
prendre soin de vos patients...*

lamyae.benzakour@hug.ch



Prendre soin de soi...le travail d'une vie

QUADRIMED-L. Benzakour-23.01.2026