



www.imheb.be

« Prévention » des États de Stress Post Traumatique ESPT

Gérald Brassine
Institut Milton Erickson de Belgique

PLAN

- 1) Qu'est-ce que le stress post-traumatique ?
- 2) Comment s'installe-t-il ?
 - Un choc unique
 - Une accumulation de traumatismes plus légers
- 3) Les symptômes
 - Victime dite « identifiée à la victime »
 - Victime dite « identifiée à l'agresseur »
- 4) Impact du stress post-traumatique sur le milieu professionnel
 - Symptômes particuliers
 - Absentéisme
 - Perspectives d'avenir
- 5) Que faire ?
 - Intervention préventive
 - Au moment du choc
 - Intervention après le choc
- 6) A qui s'adresser ?

Cette plaquette peut vous sauver la vie : elle désamorce une bombe à retardement !

Lisez-la attentivement et rangez-la en lieu sûr... vous en aurez peut-être besoin un jour.

Lors d'un traumatisme, les symptômes du stress post-traumatique apparaissent, tels une bombe à retardement, après une semaine, deux semaines, voire plus tard encore.

Le temps passant, la victime n'est pas en mesure de relier le choc aux symptômes.

Cette plaquette joue donc un rôle préventif indispensable, puisque la victime ne fait pas le lien entre l'incident traumatique et la survenue ultérieure des symptômes des ESPT (États de Stress Post Traumatiques).

Exemples : Deux mois après un incident traumatique, un individu ressent des peurs démesurées en approchant de son lieu de travail, au point de ne plus pouvoir s'y rendre...ou bien il se culpabilise de ne plus être capable de rester maître de lui, de ne plus être « fort » alors qu'il l'a toujours été, au point de se sentir nul, de perdre toute estime de lui-même, de sombrer dans la dépression et de finir par donner spontanément son préavis... ou son entourage voit son caractère changer et la vie devenir progressivement insupportable à ses côtés.

Souvent l'entourage ne fait pas plus le lien que la victime entre les symptômes et l'agression survenue quelques semaines plus tôt. La victime semblait avoir bien surmonté l'événement. On le croit d'autant plus si, auparavant, elle avait déjà vécu d'autres incidents plus graves dans son travail.

Cette plaquette a pour objectif de diminuer le taux de suicides, le taux d'absentéismes et de rendre la vie moins pénible à tous ceux qui ont été confrontés à un traumatisme et à leur entourage.

Il existe des traitements efficaces qui soignent ces symptômes et soulagent aussi l'entourage professionnel et familial.

1) Qu'est-ce que le stress post-traumatique ?

L'état de stress post-traumatique (E.S.P.T) survient le plus souvent après un choc émotionnel violent de type :

- Agressions
- Confrontation à la mort
- Accidents
- Incendie
- Catastrophes naturelles
- ...

En quelques instants, ce choc va se graver définitivement sur les « plaques sensibles » de la mémoire pour réapparaître sous forme de flash-backs, de cauchemars récurrents, d'images persistantes. Les effets dévastateurs ne laissent aucun répit à la victime. Celle-ci risque de développer des troubles de la santé physique sous forme psychosomatique et mentale par des modifications rapides du caractère, des angoisses, anxiétés, dépression, mauvaise estime de soi... pouvant la conduire jusqu'à la rupture avec son environnement social et familial.

2) Comment s'installe-t-il ?

A. Un choc unique

Dans le cadre d'une exposition à un traumatisme déterminé, les symptômes du stress post-traumatique apparaissent généralement 2 semaines à 2 mois après l'évènement, voire beaucoup plus tard encore.

L'apparition tardive de ceux-ci empêche de faire le lien immédiat avec le traumatisme initial, laissant la victime progressivement à la dérive.

Ex : Victime, en service, d'une agression violente qu'il a d'après lui bien surmonté, Alain se sent pris de stress chaque fois qu'il approche de son lieu de travail. Furieux contre lui-même de cette faiblesse alors que la nature l'a pourvu d'une morphologie solide, il devient irascible et chaque situation est prétexte à conflits tant avec ses collègues qu'avec sa femme et ses enfants. La nuit, l'insomnie prend le relai des angoisses de la journée renforçant ses accès de colères qui deviennent de plus en plus violents.

B. Une accumulation de traumatismes plus légers

Dans d'autres circonstances, il pourra s'agir d'une série de traumatismes plus légers ou non (problèmes avec des collègues, violences conjugales, accidents dits « de routine », harcèlements) qui s'accumulent sans être véritablement « digérés » jusqu'à ce qu'un incident d'apparence secondaire déclenche tout le processus de stress post-traumatique.

Il est plus difficile de diagnostiquer l'ESPT dans cette situation, l'origine étant moins évidente. La prévention trouve ici sa raison d'être, car elle met l'accent sur une série de symptômes pouvant être révélateurs autant pour la victime que pour l'entourage professionnel ou familial qui ne comprenaient pas ce qui se passait.

Ex : habitué à une certaine dose de violences et d'agressions dans le cadre de son travail, André ne comprend pas pourquoi les angoisses et autres phobies commencent à s'installer. Sa consommation d'alcool et de calmants augmentent de manière significative sans solutionner son problème.

Culpabilisé de ne plus être à la hauteur de la situation, de se sentir diminué et inutile, il ne va pas réaliser que les relations à son travail sont responsables de son mal-être pouvant le pousser jusqu'à une extrémité telle que le suicide.

3) Les symptômes

Si elles ne sont pas suivies, ou pas suivies correctement, les victimes d'ESPT vont endurer pendant des

années un ensemble de symptômes :

A. Victime dite « identifiée à la victime »

- **Perte de l'estime de soi** : persuadée d'être responsable du traumatisme subi ou de n'avoir pas réagi comme elle aurait dû, car figée sur place, la victime se culpabilise, perd totalement l'estime d'elle-même, se sent impuissante, incapable : « Je savais que je devais bouger, que si je restais là, la vitre blindée allait s'écraser sur moi. Je le voyais taper de toute ses forces avec une masse et me disais : -plus que deux coups et la vitre pare-balles, va s'effondrer sur moi.

Mais j'étais comme paralysée, mon corps ne répondait pas. J'aurais dû sonner l'alarme et je n'ai pas pu le faire, c'est de ma faute, je ne mérite plus que mon chef me fasse confiance... »

- **Désespoir** : crises de larmes incontrôlables
- **Dépression** : déprime, laisser-aller, pensées suicidaires
- **Phobies, peurs, anxiété** : peur de retourner au travail, peur du noir, de reprendre sa voiture...
- **Troubles du sommeil** : cauchemars récurrents, ne pas pouvoir dormir, ne pas oser dormir...
- **État de nervosité** : sursauts incontrôlés, hyper-vigilance
- **Flash-backs** : mêmes images du traumatisme qui reviennent sans cesse
- **États modifiés de conscience** : impression pour la victime d'être en dehors d'elle-même, d'être dissociée, d'être anesthésiée physiquement ou émotionnellement, déréalisée...
- **Dépendances** : alcool, tabac, médicaments, nourriture
- **Maladies psychosomatiques** : (asthme, troubles sexuels, remontées acides, ulcères, polyarthrite...) vastes et diversifiées, des maladies aux conséquences parfois graves peuvent se déclencher après un choc traumatique
- **Problèmes de mémoire** : y compris difficultés à se souvenir des aspects liés au traumatisme

B. Victime dite « identifiée à l'agresseur »

C'est le changement brutal et radical d'une personne dont le caractère devient agressif et facilement irritable.

Dans ce symptôme, les plaintes viennent le plus souvent de l'entourage de la victime qui ne comprend pas et ne peut plus supporter cette transformation de l'humeur.

L'individu ne voit et donc n'accepte pas de constater le changement de son caractère qui est à la source de nombreux conflits sur son lieu de travail et dans son environnement familial. Il ne reconnaîtra ce changement qu'une fois qu'il aura été traité.

- **Changement radical et persistant de l'humeur** : avant le traumatisme une personne reconnue comme calme et peu agressive devient excessive et violente (dans les délais d'une semaine à 2 mois ou plus)
- **Irritabilité, agressivité** : à tout propos envers les collègues, le conjoint, les enfants
- **Violence, passage à l'acte** : la victime ne parvient plus à se contrôler et peut éventuellement commettre des actes violents
- **Chronicisation** : ces comportements deviennent de plus en plus fréquents et systématiques, la victime nie farouchement ce changement de ses humeurs

C. La victimisation secondaire

Ce qui est appelé la « victimisation secondaire » est le stress, l'inconfort qui apparaît quand on invite la victime à parler, à se remémorer l'incident traumatique. Elle revit alors un état de stress proche de celui expérimenté lors du traumatisme. Les thérapeutes aguerris aux techniques de désensibilisation des traumatismes évitent tant que faire se peut ce type de douleurs et tentent, au contraire, d'y porter remède immédiatement.

Ce risque est présent notamment lors des séances, fréquemment utilisées, de « débriefing » qui consistent à rassembler juste après l'accident ou la catastrophe toutes les personnes impliquées dans celui-ci pour analyser l'événement et soi-disant évacuer les premières angoisses.

Mais la victimisation secondaire est le plus souvent effectuée par des pairs, la famille, des amis ou encore des professionnels, qui croient bien faire (parce qu'en général « parler fait du bien »).

On peut dire que de manière générale, toute séance de re-mémorisation de l'incident traumatique s'avère particulièrement dangereuse pour la victime car elle la replonge dans l'horreur de son souvenir et augmente encore les séquelles.

On invitera donc le personnel, la famille et les amis bien intentionnés à ne pas encourager la victime (qui n'a pas encore été soignée) à évoquer son drame. Celle-ci doit se sentir libre d'en parler si elle le souhaite et, inversement, respectée dans son « mutisme ».

Sans un traitement thérapeutique spécifique (par exemple : avec la PTR, le Emdr, certaines approches ericksoniennes, etc.) qui désensibilise la victime d'un traumatisme en agissant sur ce qu'on peut appeler les « plaques sensibles de la mémoire », celle-ci reste à la merci d'un son, d'une odeur, d'un toucher, d'une sensation, d'une vision, d'une pensée... qui ré-évoque l'incident traumatique, la précipitant chaque fois dans un état de douleur, de peur, d'impuissance, d'angoisse intense, etc.

La victimisation secondaire est donc ce qui caractérise la maladie du « stress post-traumatique » au sens où un rien peut réactiver la douleur.

On comprend mieux alors en quoi il est utile de ne pas rajouter à la victime des questionnements et des remémorations douloureuses

Il est important de savoir que, rapidement, la victime devient experte dans la capacité à cacher sa douleur, ce qui ne veut évidemment pas dire qu'elle n'en souffre plus. Par cette attitude, en fait, elle tente de contenir ou de minimiser les souffrances.

4) Impact du stress post-traumatique sur le milieu professionnel

A. Après les délais (1 semaine à 2 mois ou plus), les personnes impliquées peuvent présenter :

- Sentiment de culpabilité, l'impression d'être responsable : « si j'avais fait autrement, j'aurais pu éviter ceci ou cela à mon collègue, à moi-même, c'est de ma faute... »
- Sentiment de honte
- Sentiment d'impuissance, de ne pas être à la hauteur, de ne pas être capable : « Je ne suis même plus capable d'arriver à mon lieu de travail sans être submergé d'angoisses, je suis nul... »
- Difficultés de concentration qui renforcent encore le sentiment d'impuissance
- Troubles de la mémoire
- Seuil de tolérance à la frustration diminué : un rien suscite une colère démesurée
- Agressivité et sentiment d'incompréhension à l'égard des collègues ou supérieurs hiérarchiques
- Phobies, angoisses sur le lieu de travail avec évitement de certaines tâches, lieux et/ou activités habituels
- Fatigue
- Dépression
- Dévalorisation
- Nervosité physique, hyperactivité
- États modifiés de conscience liés aux flash-backs
- Problèmes d'alcoolisme, de drogues

B. Absentéisme au travail

Les absences au travail s'intensifient progressivement renforçant le malaise vis à vis des collègues.

C. Perspectives d'avenir « assombries »

- Pensées suicidaires
- Négativisme : « Je suis nul, je ne fais rien de bien, à quoi ça sert que je sois là... »
- Chute de la motivation et de l'investissement dans le travail

5) Que faire ?

A. Intervention préventive

Diffuser aux groupes à risque, une information relative à l'E.S.P.T. permet de désamorcer une bombe à retardement en informant les individus sur la façon de déceler plus rapidement les premiers symptômes de ce stress et de se faire aider dans des délais plus courts.

Cela permet aussi aux personnes qui ont subi un ou plusieurs traumatismes que tout ce mal-être qu'elles ressentent est normal et qu'il y a des traitements avec des thérapeutes spécialisés pour « en sortir » totalement.

Pouvoir suivre une formation et parcourir une plaquette récapitulative des points essentiels de la prévention, incite l'individu à réfléchir sur la croyance d'invulnérabilité selon laquelle « Cela ne m'arrivera pas ! » et à le faire évoluer vers « Que faire si cela devait m'arriver ? ».

La présente brochure explicative est également un document de référence qui aide l'individu et son entourage dans la marche à suivre le jour où il subit un traumatisme d'autant qu'ils ont été amenés à reconnaître les effets **retard** des symptômes.

B. Au moment du choc

De nombreuses victimes décrivent une inhibition totale de l'organisme, une incapacité à réagir alors que le cerveau, lui, est particulièrement lucide. Aujourd'hui on appelle cela « globalement » la sidération. Celle-ci est constituée de différents phénomènes hypnotiques comme l'absence de réactions due à une paralysie - catalepsie - ce qui génère souvent beaucoup de culpabilité après l'incident traumatique*. La victime se reproche de ne pas avoir été capable de réagir de façon adéquate alors qu'elle savait ce qu'elle devait faire. Souvent cette sidération est constituée d'anesthésie physique, émotionnelle, de dissociation, comme *sortir de son corps*, de distorsion du temps (subjectivement le temps apparaît comme plus long, plus court, mis sur pause) la dépersonnalisation, la déréalisation, l'impression d'inventer, d'être comme mort, l'amnésie de tout ou partie de l'incident traumatique, etc.

Aussi étrange que cela paraisse, toutes ces réactions constituent une protection pour la victime : protection qu'il ne faut surtout pas interrompre.

**A noter que, pour une victime, il est possible de vaincre cet état de paralysie momentanée en s'adressant à son propre corps comme à une personne extérieure et en lui donnant un ordre clair : « Bouge ! », « crie ! », « cours ! », « frappe ! ».*

C. Intervention juste après le choc

Y. Dolan, lors d'un séminaire sur le Traitement des traumatismes, relate des expériences de personnes ayant été confrontées à un choc mortel.

Ils décrivent que, juste après le choc, le temps s'arrête et ils retiennent essentiellement deux éléments qui les ont aidés à sortir de cet état :

- La reconnaissance du traumatisme par autrui
- Le message implicite de la « tasse de café » rassurant parce que, dans sa simplicité, il signifie à la victime qu'elle vivra assez longtemps pour terminer son café.

Les premiers gestes sont :

- Aller à la rencontre de la victime : lui offrir une aide, du réconfort, une tasse de café...
- Pour légitimer le traumatisme il faut que la hiérarchie, via l'employeur en direct ou via une personne de référence le représentant (conseiller en prévention...), se porte au secours de la personne traumatisée, écoute ses besoins (parler ou non, suspendre momentanément son travail ou non) et la guide dans ses démarches.

Les réactions des victimes diffèrent d'une personne à l'autre mais elles sont toutes normales !

- Lui conseiller un psychologue spécialisé dans la gestion du stress post-traumatique.
- Assurer un suivi par un médecin du travail averti. L'équipe de soin et de prévention doit absolument garder le contact avec les victimes mais aussi avec son entourage car, en cas de victime identifiée à l'agresseur, seul l'entourage constate les changements. Veiller à rester à l'écoute des changements futurs les concernant (absentéisme en hausse, demande de mutation, remise de démission...)
- Remettre cette plaquette à la victime et à son entourage !

6) A qui faire appel?

A. Personne de référence au sein de l'organisation

Tél.:

B. Médecin du travail / de l'armée et son équipe

Tél :

C. IMHEB : Liste de thérapeutes spécialisés en PTR, ou Psychothérapie du Trauma Réassociative, (en Belgique, France et ailleurs) sur : www.imheb.be

Gérald Brassine

Fondateur de l'Institut Milton H. Erickson de Belgique