

Psychotraumatisme une épidémie cachée? Repérer, accompagner et traiter : quelle psychothérapie?

Hypnose TCC et EMDR : thérapie intégrative
Eye movement desentization and reprocessing

Francis ABRAMOVICI Généraliste
Psychothérapeute
Rédacteur en chef de la Revue Médecine

francis.abramovici@unaformec.org

<https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/recherche/declarant>

PLAN

L'importance du problème

Votre expérience?

Un exemple de pratique

Les définitions

Quels traitements?

Comment le découvrir en consultation?

Quoi faire ensuite?

Bibliographie

L'European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) 2000

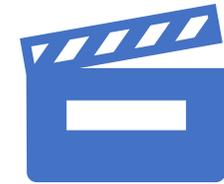
- Un échantillon de 21 425 habitants de six pays d'Europe:

Plus d'un tiers (38,4 %) de la population vivant en France a présenté un trouble psychiatrique au cours de la vie (45,1 % des femmes et 31,1 % des hommes)

Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). L'Encéphale. 1 avr 2005;31(2):182-94.

Ces taux sont les plus importants des 6 pays européens étudiés (Allemagne, Belgique, Espagne, France, Italie, Pays-Bas)

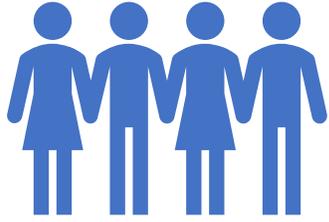
Particulièrement pour l'état de stress post-traumatique (ESPT): prévalence sur douze mois deux fois plus élevée en France que dans les autres pays européens prévalence vie entière de 3,9% des français dont 1,5% pour les hommes et 6,0% pour les femmes.



Beaucoup moins qu'aux Etats-Unis (5-6 % chez les hommes et 10-14 % chez les femmes)

- Divergences sur la définition du critère A1 du DSM-IV: Elargissement à toute personne ayant éprouvé – “*experienced*”, un sentiment traumatique sans obligation de confrontation – “*confronted*”, à la scène traumatique, ce qui différait de l’Europe.
- Le DMS V a validé avec « vivre ou être témoin, ou apprendre ... ». Un sujet peut être reconnu traumatisé du fait de sa proximité émotionnelle avec une victime directe (famille et amis proches) ou parce qu’il a été confronté de manière répétée à des récits sordides en raison de ses activités professionnelles.





Depuis plus de 20 ans on sait que le syndrome de stress post-traumatique est

d'une part plus fréquent qu'on ne l'a cru

et d'autre part plus souvent persistant ¹

- Chaque année 84000 femmes et 14 000 hommes sont victimes de viols et de tentatives de viol en France ²
- Les victimes de violences estiment à 76% qu'elles ont eu des répercussions « plutôt ou très importantes » sur leur santé psychologique et, à 61%, qu'elles ont entraîné des perturbations dans leur vie quotidienne ³
- Les enfants sont encore bien plus nombreux à en être victimes: 16% des femmes et 5% des hommes déclarent avoir subi des rapports forcés ou des tentatives de rapports forcés au cours de leur vie majoritairement avant 18 ans pour 59% des femmes et de 67% des hommes. Dans 83% l'auteur est un proche connu de la victime ⁴

1 Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey 1. Arch Gen Psychiatry. 1995;52(12):1048-60

2 VIRAGE - _Plaquette_de_presentation.pdf [cité 28 sept 2017]. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/VIRAGE_-_Plaquette_de_presentation.pdf

3 La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes - n°8 - « Violences faites aux femmes : les principales données » - nov 2015 [Internet]. [cité 28 sept 2017]. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/no8-Violences-faites-aux-femmes.html>

4 2016 Enfants_victimes_de_violences_sexuelles_ENM_colloque_cour_de_cassation.pdf https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/2016Enfants_victimes_de_violences_sexuelles_ENM_colloque_cour_de_cassation.pdf Enquête Comportement Sexuel des Français (CSF INSERM, 2008):

1 FEMME SUR 10 est victime de violences conjugales

1 patiente sur 4 en médecine générale a été victime de violence au cours de sa vie

LES CHIFFRES DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

400 000

femmes victimes de violences conjugales déclarées en 2 ans

10 %

de femmes victimes de violences conjugales

148

femmes mortes sous les coups de leur conjoint en 2012

20 %

seulement des victimes se déplacent à la police ou à la gendarmerie

2,5 MILLIARDS

d'euros : c'est le coût économique annuel des violences pour la société

16 %

des femmes déclarent avoir subi des rapports forcés ou des tentatives de rapports forcés au cours de leur vie

154 000

femmes (18-75 ans) ont déclaré avoir été victimes de viol entre 2010 et 2011

J'avais compris qu'il fallait poser systématiquement la question aux patient-e-s, que ça pouvait tout changer.

Gilles Lazimi, MG au centre médical de Romainville et membre du Haut Comité pour l'égalité entre les hommes et les femmes, a demandé de façon systématique lors de sa consultation à 100 femmes âgées de 18 à 92 ans si elles avaient subi des violences .

Résultats :

54% déclaraient avoir été victimes de violences (49% de violences verbales ; 31% de violences physiques ; 21% de violences sexuelles)

et 90% d'entre elles en parlaient pour la première fois à un médecin

[Mathilde Palisse, Gilles Lazimi, André Soares, Antoine de Beco, Julie Chastaing. Violences sexuelles faites aux femmes. Repérage par le médecin généraliste. Une enquête quantitative en région Île-de-France. Médecine. 2015;11\(4\):187-189. doi:10.1684/med.2015.1224](#)

Intégrer la question des violences dans l'interrogatoire médical systématique ?

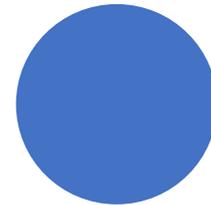
Nous n'avons de réponses qu'aux questions que l'on pose

On ne fait bien que ce que l'on nous a appris

- **Pour le diagnostic : la Loi de Boob**

http://www.bernardwerber.com/unpeuplus/murphy/lois_murphy_9.html

Quel que soit l'objet, il sera trouvé dans le dernier endroit dans lequel on aura cherché.



DESNOS

Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified

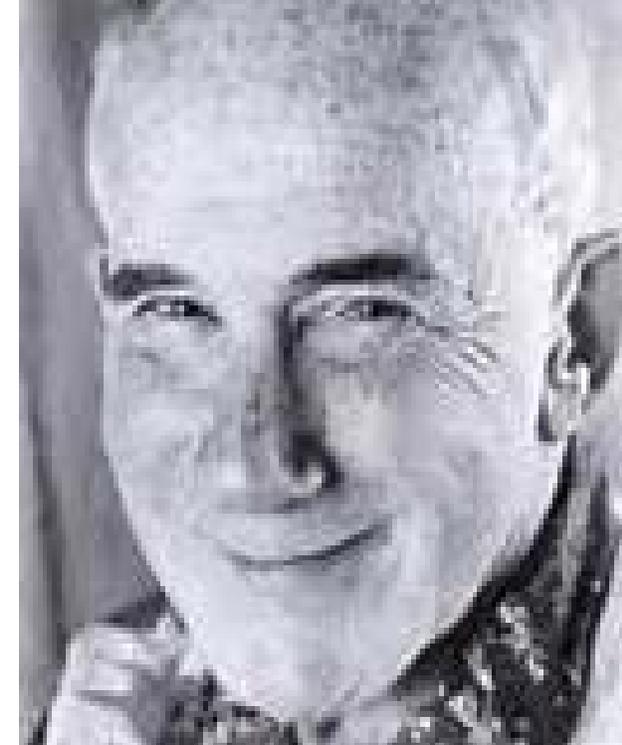
- Déficit chronique à intégrer les expériences et à réguler les affects
- Avec des problèmes: d'attention, dans les relations interpersonnelles, d'estime de soi (abandon, culpabilité, honte, souillure), de somatisations...
- Les états limites en sont les manifestations extrêmes.
- Lié à la répétition des expériences traumatiques surtout dans l'enfance (maltraitance, viols, voire tortures)
- D'autant que les parents n'ont pas été protecteurs, voire ont été bourreaux.
- Insistons sur ce fait: le psychotraumatisme est lié à un tiers +++
- http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/DESNOS.pdf



Stanislas TOMKIEWICZ

Quelle que soit la bobine des patients, qu'elle nous plaise ou qu'elle ne nous plaise pas d'avance...

- **les patients emmerdants ça existe mais c'est une question de formation.**
- **Si les soignants apprenaient dès le début à les comprendre, à les manier, à vivre avec, ils les supporteraient mieux.**
- **Et puis les soignants sont payés pour supporter ces patients emmerdants, alors que les patients ne sont pas payés pour nous supporter.**



adapté du film « Soins douloureux en pédiatrie: avec ou sans les parents » produit et diffusé par [l'association sparadrap](#).

La théorie, c'est quand
on sait tout...
et que rien ne
fonctionne

La pratique, c'est quand
tout fonctionne ...
et que personne ne sait
pourquoi

Ici, nous avons réuni
théorie et pratique :
Rien ne fonctionne...
et personne ne sait
pourquoi !

**Proposition de définition de ces patients
qui se présentent en consultation et pour
lesquels quand nous ne comprenons rien
se poser la question d'une souffrance issue
d'un psychotraumatisme serait utile?**

EINSTEIN

(http://www.bernardwerber.com/unpeuplus/murphy/lois_murphy_9.html)

La psychanalyse vue par Freud: Vers la fin de sa vie (1937)

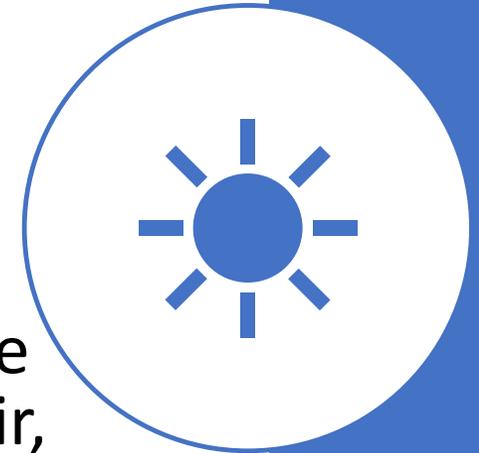
«La psychanalyse a toujours raison en théorie mais pas toujours en pratique ».

- FREUD S. Résultats, idées, problèmes – II 1921-1938. P.U.F.; 1998

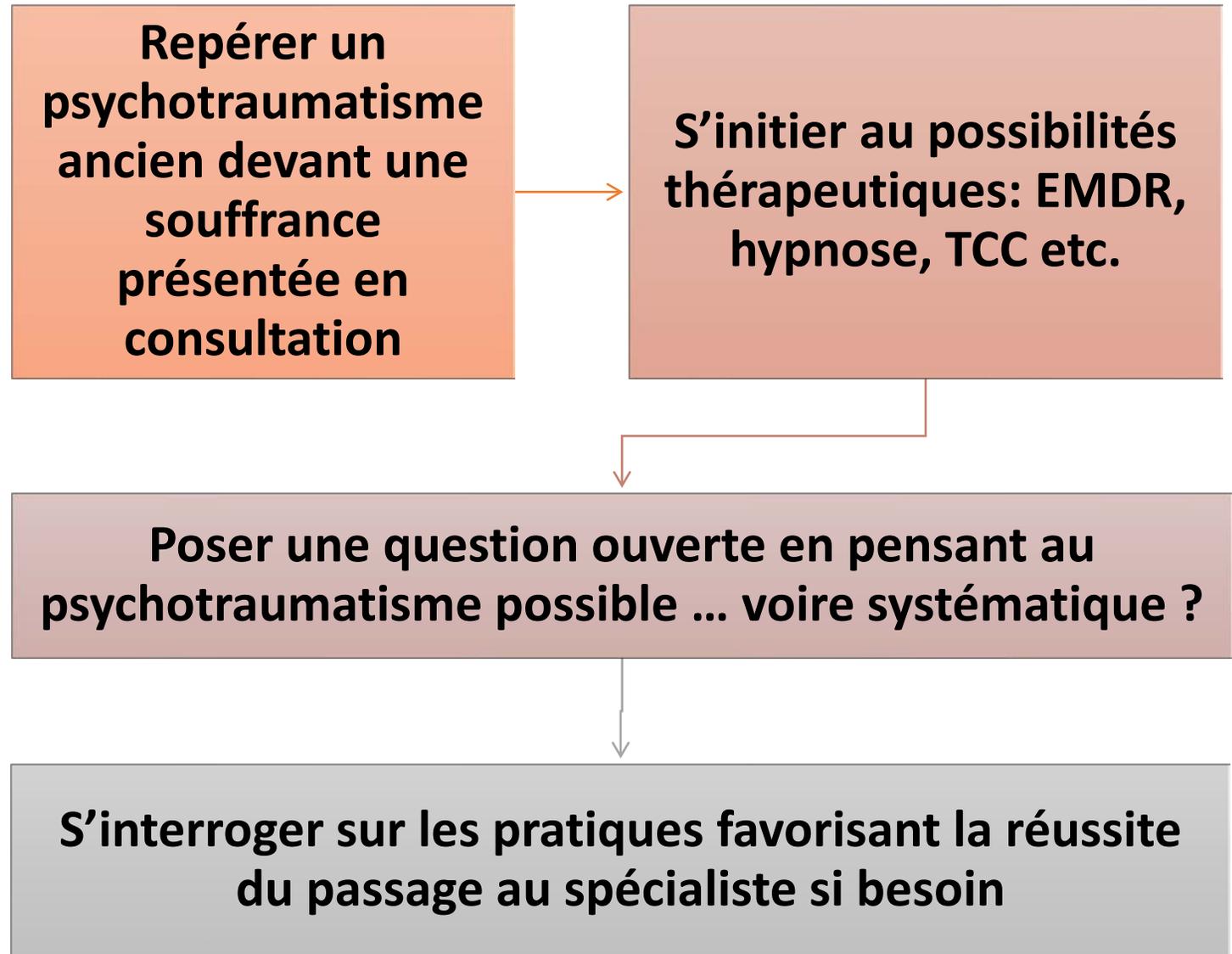
- Dans les débuts (1895)

Je n'arrive plus aujourd'hui à comprendre comment, à l'aide de mon doigt maintenu devant ses yeux et l'ordre de dormir, je réussissais à créer cet état psychique particulier où la mémoire de la malade embrassait tous les faits psychiques de sa vie.

Freud S, Breuer J. Etudes sur l'hystérie PUF 3^{ème} édition; 1971



OBJECTIFS de départ de l'atelier



Méthodes pédagogiques

Tour de table
des questions et
des expériences
professionnelles
ou/et
personnelles.

Qu'avez-vous
fait en terme de
soins?

Approche
théorique...

L'EMDR une
psychothérapie
intégrative



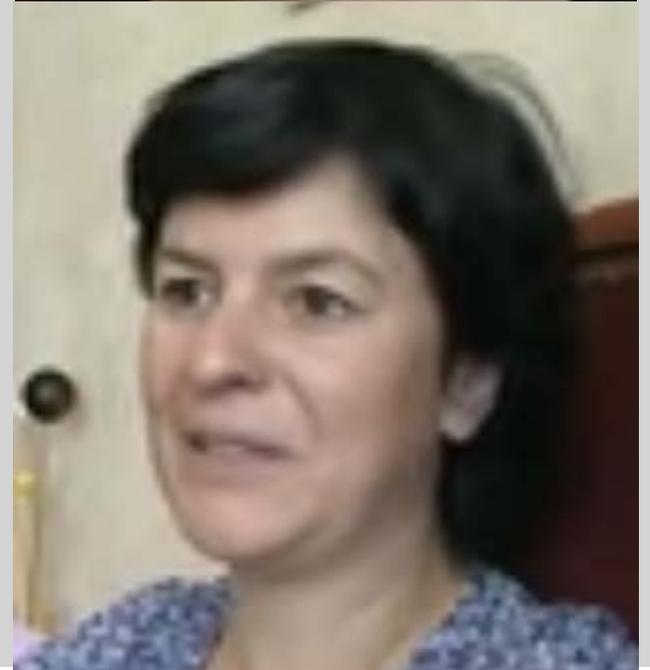


Un souvenir d'un patient ou d'un proche
(ou personnel) de traumatisme psychique

Qu'avez-vous fait en terme de soins?

EMDR sur un « petit » traumatisme

<https://www.youtube.com/watch?v=x9w5xIFFfHE&t=152s> 0 à 59 puis 2'32 et
3'45 Annonce de grossesse vécue comme un traumatisme

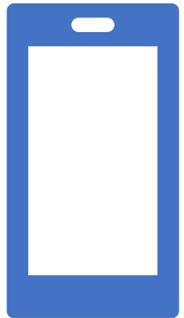


Petit ou grand... traumatisme

Les symptômes actuels = la vidéo défile sans que le moniteur ne soit allumé

Trauma petit t

- De nombreuses expériences infantiles sont marquées par un sentiment d'impuissance, de manque de choix, de contrôle et d'incapacité.
- ... en ciblant au moyen de l'EMDR les souvenirs liés à ce sentiment vécu à l'âge adulte on voit souvent chez le patient émerger des souvenirs précoces de l'enfance ayant un affect similaire.
- Toute réponse dissociative par excès ou par défaut de réaction par rapport à un événement traumatique est considérée comme indiquant un réseau de mémoire bloquée et donc une cible potentielle pour l'EMDR.



1- Repérer ce que l'on connaît

Un peu de théorie sur l'état de stress post-traumatique ESPT

Réactions de stress aigu

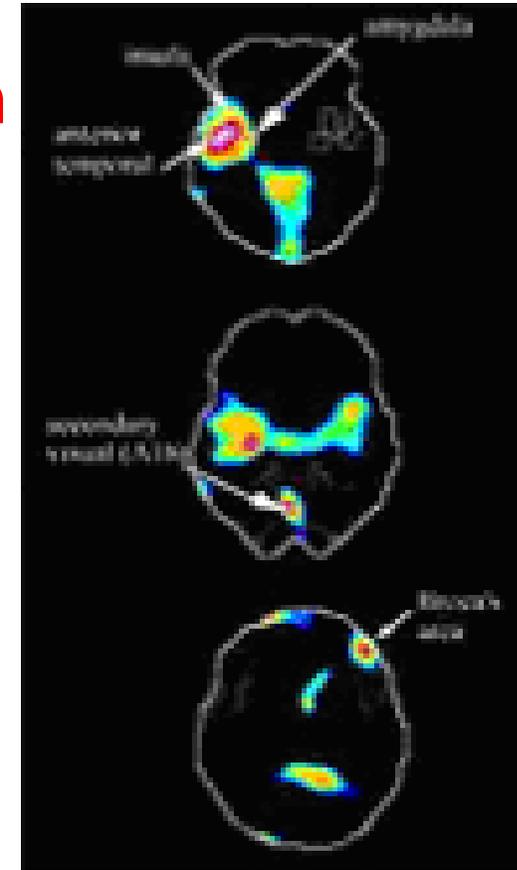
- **état de sidération** stupeur où le sujet est figé par l'évènement et privé de réaction comportementale et émotionnelle (ie: « Il faut sauver le soldat Ryan »)
- **état d'agitation ou de panique, avec fuite**
- **état d'angoisse majeure où la dimension physique** avec agitation va dominer le tableau symptomatique (comportement qui peut paraître adapté mais c'est du vent)
- **état étrange d'hyper adaptation** avec réaction automatique (témoignage des casques bleus au Rwanda)

Souvent accompagnés d'une impression de déréalisation de dépersonnalisation nommée état dissociatif avec incapacité à élaborer une réaction adaptée, impression de décrocher de la réalité



Un traumatisme émotionnel laisse une cicatrice plus ou moins active dans le cerveau

- En haut, le centre de la peur (région de l'amygdale).
- Au milieu, le cortex visuel, comme si le sujet "revoyait" l'événement traumatique.
- En bas, c'est l'aire du langage qui est, par contre, désactivée, comme si la peur avait "débranché" la parole.



EN AIGU: aucune intervention n'a prouvé son efficacité. Quelques évidences:

- Accueillir
- Faire preuve de présence
- Entrer en relation, toucher la victime si c'est utile, lui proposer de parler « quand même » sans intrusion, sans silence excessif (qui risque d'être ressenti comme un abandon), permettre la catharsis, éventuellement en groupe.
- Donner les coordonnées des lieux de soins accessibles spécialisés à consulter ensuite.
- Attention aux victimes impassibles: elles sont peut-être dissociées.
- Attention au trauma des soignants
- Les soins « post-immédiats »: débriefing ou pas? Individuel ou collectif?

https://www.sciencesetavenir.fr/sante/cerveau-et-psy/prise-en-charge-psychologique-post-attentat-ce-qu-il-faut-faire-et-ne-pas-faire_116029

Thierry Baubet



Questionnaire des expériences de dissociation péritraumatique

Complétez s'il vous plaît les énoncés qui suivent en entourant le nombre qui correspond au mieux à ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'événement. Si une proposition ne s'applique pas à votre expérience de l'événement, alors entourer la réponse correspondant à « Pas du tout vrai ».

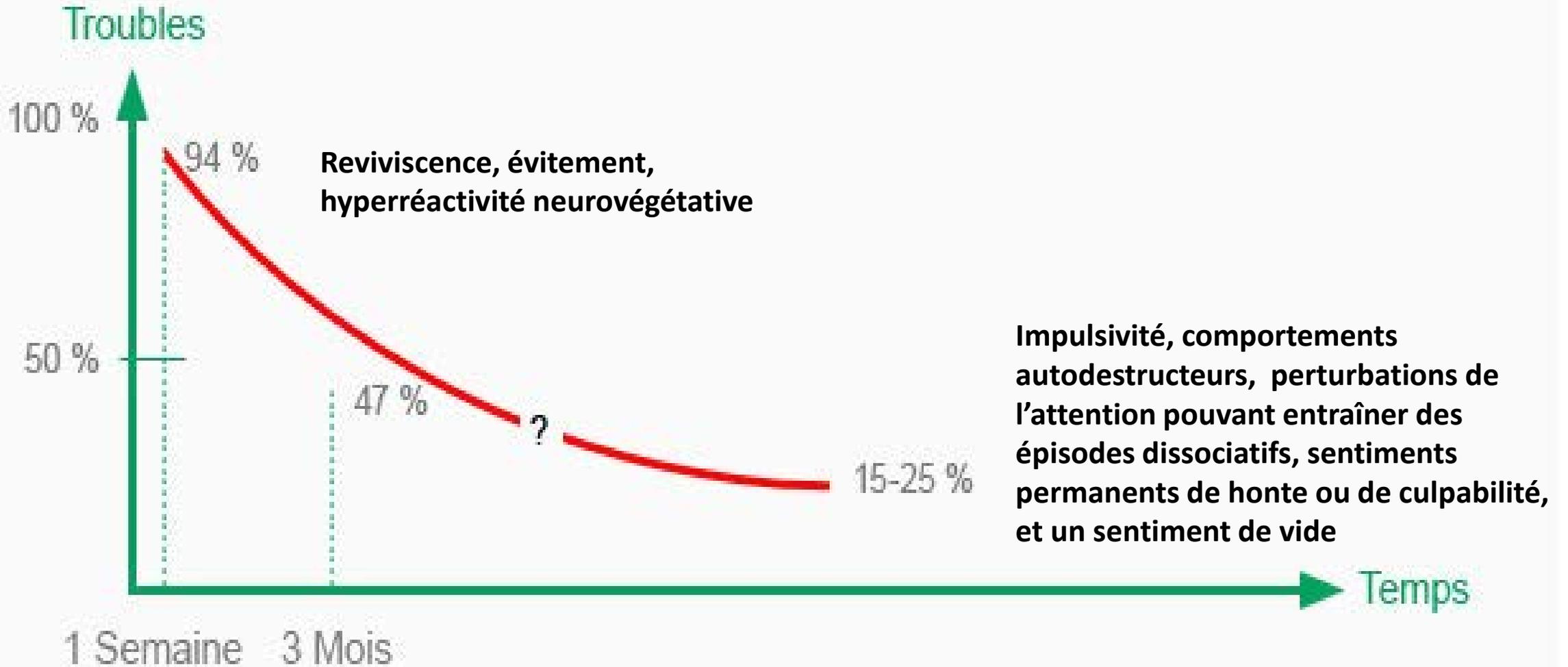
	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
1 Il y a eu des moments où j'ai perdu le fil de ce qui se passait – j'étais complètement déconnecté(e) ou, d'une certaine façon, j'ai senti que je ne faisais pas partie de ce qui se passait.	1	2	3	4	5
2 Je me suis retrouvé(e) sur "le pilote automatique", je me suis mis(e) à faire des choses que (je l'ai réalisé plus tard) je n'avais pas activement décidé de faire.	1	2	3	4	5
3 Ma perception du temps a changé les choses avait l'air de se dérouler au ralenti.	1	2	3	4	5
4 Ce qui se passait me semblait irréel, comme si j'étais dans un rêve, ou au cinéma, en train de jouer un rôle.	1	2	3	4	5
5 C'est comme si j'étais la spectatrice de ce qui m'arrivait, comme si je flottais au-dessus de la scène et l'observais de l'extérieur.	1	2	3	4	5
6 Il y a eu des moments où la perception que j'avais de mon corps était distordue ou changée. Je me sentais déconnecté(e) de mon propre corps, ou bien il me semblait plus grand ou plus petit que d'habitude.	1	2	3	4	5
7 J'avais l'impression que les choses qui arrivaient aux autres arrivaient à moi aussi, comme par exemple être en danger alors que je ne l'étais pas.	1	2	3	4	5
8 J'ai été surpris(e) de constater après coup que plusieurs choses s'étaient produites sans que je m'en rende compte, des choses que j'aurais habituellement remarquées.	1	2	3	4	5
9 J'étais confus(e), c'est-à-dire que par moment j'avais de la difficulté à comprendre ce qui se passait vraiment.	1	2	3	4	5
10 J'étais désorienté(e), c'est-à-dire que par moment, j'étais incertain(e) de l'endroit où je me trouvais ou de l'heure qu'il était.	1	2	3	4	5

Trousse de Triage rapide en peritraumatique

- <http://www.info-trauma.org/flash/media-f/troussePsychotraumatique.pdf>

Etat de stress aigu, détresse, avec ou sans dissociation péri traumatique

Profil évolutif de l'ESPT



NB: Si état de stress aigu: 70% d'ESPT ;

En cas de viol : 50% d'ESPT;

En ce qui concerne l'enfant 40% d'ESPT après un trauma unique en l'absence de traitement

PRÉVALENCE DES ÉVÉNEMENTS TRAUMATISANTS

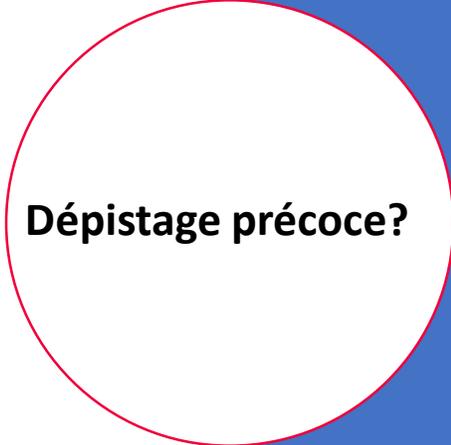
*Kessler et al.. Posttraumatic stress
disorder in the National Comorbidity
Survey 1. Arch Gen Psychiatry.
1995;52(12):1048-60*

Type d'événement	Prévalence (%)
Mort soudaine est imprévue d'un proche	60%
Agressions	38%
Témoin de quelqu'un gravement blessé ou tué	29%
Accident grave de voiture	28%
Menacé d'une arme	25%
Désastre naturel	17%
Battu sévèrement	11%
Viol	6%
Agression sexuelle	6%
Diagnostic imprévu de maladie mortelle	5%
Combat militaire	2%

Psychotraumatisme

Prise en charge psychotraumatologique et victimologique

- **La prévalence de l'état de stress post-traumatique (ESPT) est d'environ 10% dans la population**
- **Troubles comorbides +++ : anxiété, dépression, addiction, obésité, suicides...**
- **Le coût social +++ entre autres les arrêts de travail 28% versus 1,8%**



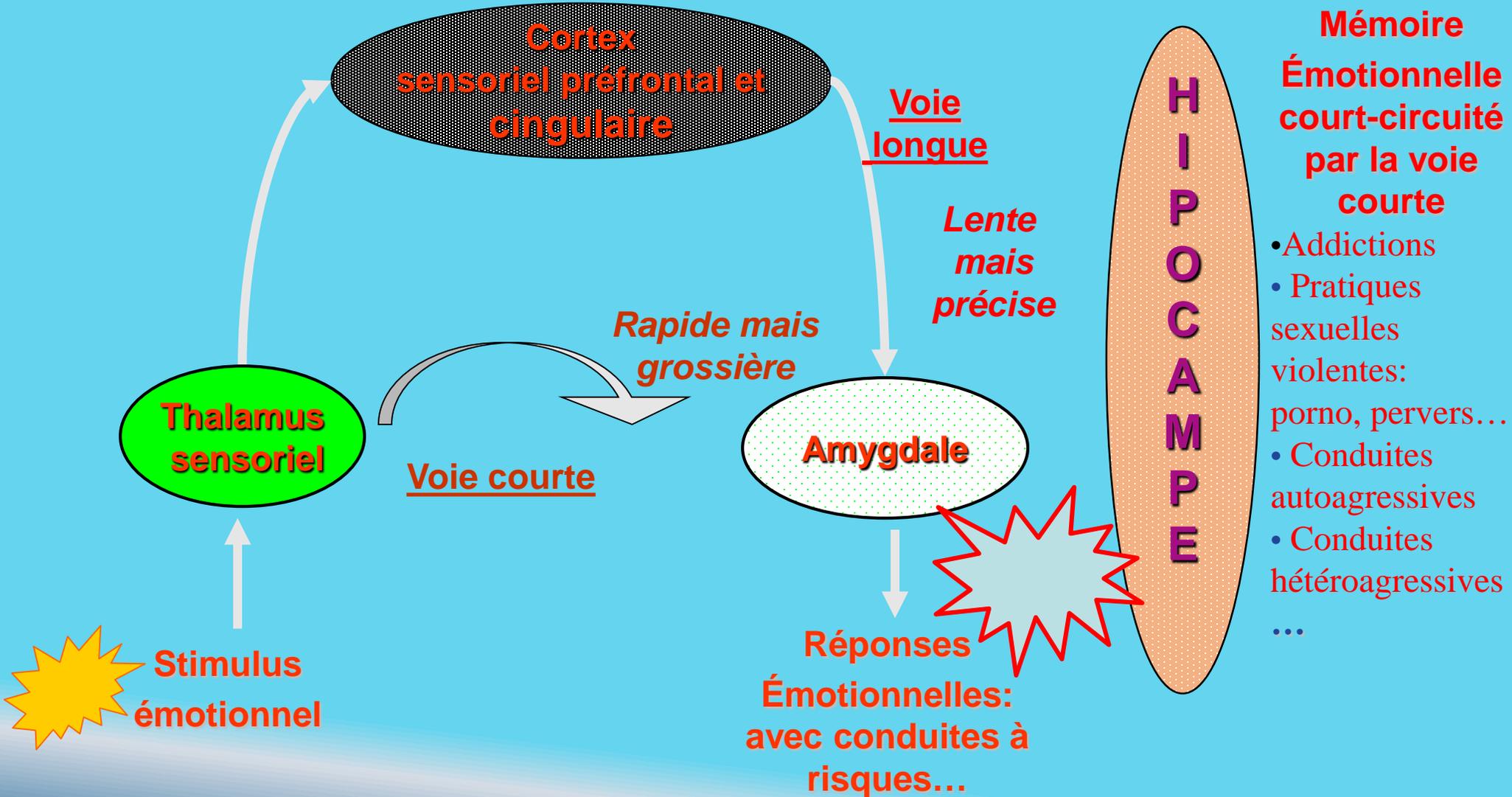
Dépistage précoce?

Comorbidité selon le sexe

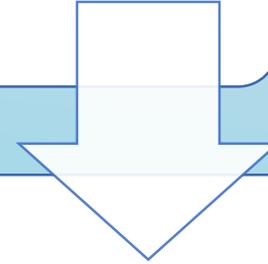
Trouble comorbide	Hommes	Femmes
Dépression majeure	48%	49%
Dysthymie	21%	23%
Abus alcool	52%	28%
Abus drogue	35%	27%
Trouble Anxieux Généralisé	17%	15%
Trouble panique	7%	13%
Phobie sociale	28%	28%
Phobie spécifique	31%	29%

Troubles présents de façon comorbide à l'ESPT selon le sexe des victimes
Kessler et al. (1995)

Agir sur les réseaux neuronaux



**Le sujet ne veut pas, à son insu, attribuer d'importance au traumatisme (par sidération, dissociation, ou pour des raisons narcissiques, la peur de paraître lâche, le peu d'attention accordée aux problèmes psychiques...),
ou la honte et le silence l'emportent... AU TOTAL:**



Le psychisme du sujet n'est pas capable d'en soutenir la violence au moment de sa réapparition.

D'où la PHASE DE LATENCE

Voire le déni ... portant sur le moment traumatique lui-même

Les devises Shadok

TROUS DE
MEMOIRE
(en particulier de
l'enfance)
= dissociation?

Mais attention
aux faux souvenirs...



EXCUSEZ MOI !
J'AI OUBLIE
QUE J'ETAIS
AMNESIQUE.

Rouxel



De l'angoisse de fond légère et intermittente à des grandes attaques de panique

Des manifestations dépressives allant de la simple tristesse à des états dépressifs caractérisés

Des tentatives de suicides incompréhensibles, des passages à l'acte agressifs incompréhensibles également, augmentation de la consommation d'alcool ou de drogue

Des plaintes somatiques parfois banales mais aussi l'apparition d'une maladie

Des troubles du caractère qui sont probablement la marque la plus fréquemment rencontrés de ces phases de latence. Les psychotraumatisés changent, ils deviennent irritables, agressifs, parfois violents

Tendance à s'isoler, à fuir leur propre entourage...

ils ne sont pas toujours conscients de ces modifications de leur caractère et ne croient pas les remarques que leurs font leurs proches à ce sujet.

*Lebigot F,
Traiter les
traumatismes
psychiques -
Clinique et prise
en charge 3e
édition Dunod :
Paris ; 2016*

Les devises Shadok



JE CRAINS
LE CHAUD,
LE SEC ET

LE FROID,
L'HUMIDITÉ.

Fouquet

Psychotraumatisme

Type 1: unique

- Réaction immédiate
 - Avec ou sans dissociation péritraumatique
- Evolution
 - 30 à 70 % de guérison
 - ESPT chronique > 1 mois
 - **comorbidités**

Type 2 répétés : perte de confiance et risque de mimétisme

- **Violences physiques, sexuelles, négligences, carences affectives...**
- **Violences psychologiques: l'emprise ou vampirisme au quotidien**
 - Manipulations : mensonges, accusations, rhétorique perverse, embrouille, isolement
 - Désamour, humiliations, terreur
 - Réaction paranoïaque...
- **Plus la victimation est précoce, plus graves en sont les conséquences**



2- Repérer pour traiter

Comment choisir le traitement?

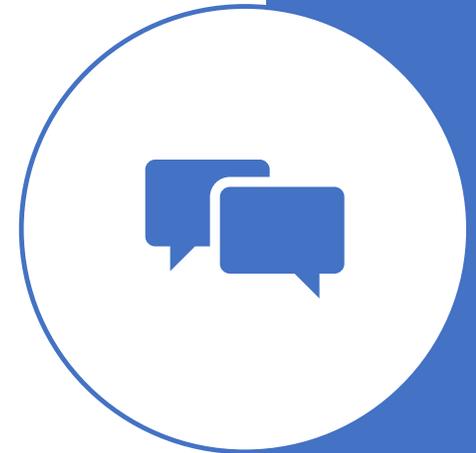


L'EMDR part d'un constat

- l'évocation simple du trauma qui se répète à chaque consultation est insuffisante voire dangereuse en ce qu'elle peut entraîner une sur-victimisation et un renforcement mnésique de la scène pouvant aggraver la symptomatologie.
- C'est la raison pour laquelle ont été mis en place des lieux spécialisés pour éviter aux victimes d'avoir à répéter leur récit (Cellules départementale et recueil, de traitement et d'évaluation, UMJ). <http://www.reforme-enfance.fr/documents/guidecellule.pdf> Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 (JO 6 mars) REFORMANT LA PROTECTION DE L'ENFANCE

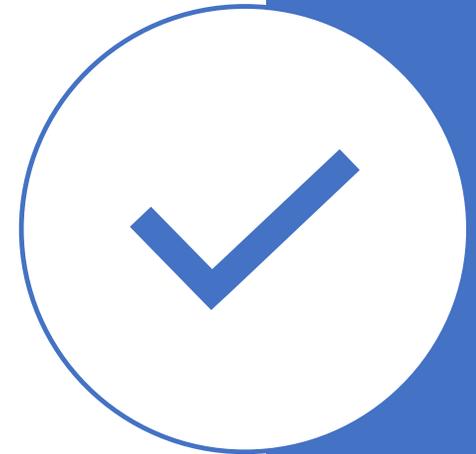
l'EMDR vise

- à permettre au patient le remplacement d'une expérience traumatique en un apprentissage
- pour permettre de s'adapter à la vie actuelle.
- Il s'agit de l'aider à transformer ses idées négatives et ses croyances erronées sur sa responsabilité dans l'évènement subi ainsi que les émotions y sont associées (frayeur, culpabilité, honte...).
- La parole n'y suffit pas, d'autant que les faits sont ancrés par des sensations corporelles



L'EMDR est proposée comme un protocole sécurisant

- pour accompagner le patient lorsqu'il se rappelle le noyau traumatique
- qu'il avait occulté par nécessité, la phase de latence faisant partie du tableau clinique.
- Ce rappel sollicite non seulement l'intellect et le verbal mais encore les cinq sens, les émotions, les croyances.

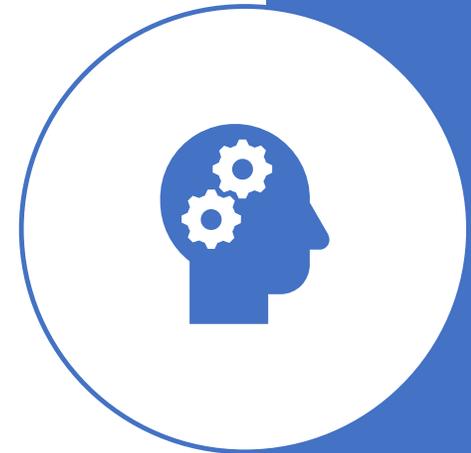


L'EMDR partage avec d'autres outils une fonction cathartique

- expression des pensées, émotions, sentiments, et sensations
- accompagnement par un thérapeute dans le souvenir,
- motivation au changement.

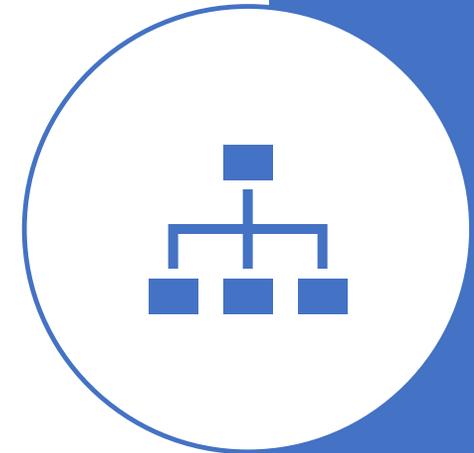
Il s'agit de permettre l'intégration des souvenirs traumatiques dans l'histoire de vie

D'éviter la répétition de réponses inadaptées à des situations présentes ou futures rappelant celles du passé.



Shapiro : L'EMDR est une thérapie intégrative centrée sur la personne, interactive, interactionnelle, intrapsychique, cognitive, comportementaliste, orientée vers le corps

- Psychodynamique: l'étiologie des événements, l'association libre, l'abréaction
- Comportementales: les réponses conditionnées, les chaînes d'apprentissages
- Cognitives: les croyances, les phénomènes de généralisation
- Thérapies empiriques: les émotions
- Hypnose: le travail de l'imagerie, le symbolisme
- Thérapie systémiques: compréhension contextuelle



... le seul problème en psychothérapie est toujours de savoir comment passer d'une appréhension intellectuelle et inefficace de la vérité à une expérience émotionnelle de cette vérité.

C'est seulement lorsque la thérapie entraîne de profondes émotions qu'elle devient une force de changement efficace.

Yalom I, Le bourreau de l'amour Ed Galaade 2012 p 50

Réhumaniser
réaffilier au
groupe des
humains un
patient chosifié,
pétrifié ... par
installation de
la sécurité.



Renaître

Le thérapeute prend
une position
«d'entraîneur
psychique », sur le
même modèle que
l'entraîneur sportif. Il
prend parti pour le
patient.

Allier passé, présent
et futur.

Travail direct en
profondeur sur les
souvenirs
traumatiques:
EMDR



Phase de transition

Les patients se
situent dans leurs
lignées toutefois à
une nouvelle place.

- *Intégration de l'identité par réadaptation.* Retrouver un groupe d'attache, une histoire familiale peut être prise en considération...
- Prévention des rechutes.



Consolidation

De la nouvelle
identité. « Un
traumatisme ça passe
ou ça casse, et si ça
passe c'est tout
bénéfique pour celui qui
l'a vécu » (Cyrulnik.)

- Acquisition de capacités nouvelles, modification des systèmes de valeur, de la vision du monde... distinguer ce qui est futile et ce qui est important dans l'existence...



3- Mais en médecine la réalité n'est pas simple

**CAR L'ANTECEDENT DE PSYCHOTRAUMATISME SEMBLE OUBLIE
(c'est dans la description et la définition de l'ESPT)**

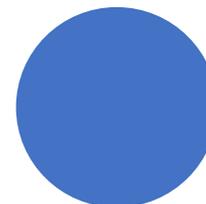
autre regard



Fallait
demandeur



Comment pensez au psychotrauma?
POSER LA QUESTION
Quand?
Comment?





JADDO : E - A - U

REVUE MÉDECINE

VOLUME 10, NUMÉRO 3, MARS 2014



- Bonne nouvelle. D'après Google, vous n'avez rien.



3- Et une fois que j'ai
ouvert le couvercle
de la cocotte minute

Comment je fais?





**Créer un cadre «démocratique »,
sûr, où nul abandon, nulle
violence, nul risque de répétition
littérale, ne pourra survenir**

LES FEMMES VICTIMES DE
VIOLENCE GÉNÈRENT SOUVENT
DES SENTIMENTS COMPLEXES
D'INCOMPRÉHENSION IRRITÉE :

REJET PAR LES POLICIERS, LES
ASSISTANTES SOCIALES, LES
MÉDECINS, LES PARQUETS
(CLASSEMENTS, MÉDIATION
PÉNALE)

UN RISQUE: RAPPORTS
SEXUELS PATIENTS –
THÉRAPEUTES (YALOM)



Au transfert traumatique :
ne pas se comporter en agresseur

TRAITEMENT: psychothérapie centrée sur le trauma

Université de Montréal Centre de recherche
de l'institut de santé mentale
<http://www.iusmm.ca/recherche/cet.html>

*Centre d'étude sur
le trauma*

8 à 12 séances

Si plusieurs traumatismes prolonger au-delà de 12 séances dans un plan psychothérapeutique global

Si nécessaire quelques séances préalables pour établir la relation de confiance, faire le diagnostic du trauma, stabiliser l'état émotionnel du patient avant de centrer la thérapie

Par de traitement médicamenteux en première ligne (sauf si refus de la psychothérapie).

Pas de BZD.

PLUS DE MEDICAMENTS SOIGNEZ À COUP DE GUEULE!

TRAVAILLEZ MOINS!



BUVEZ MOINS!



FUMEZ MOINS!



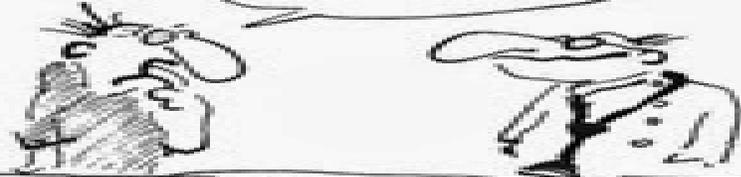
BAISEZ PLUS



ET TOUT RENTRERA DANS L'ORDRE!



HEU... Y'A UN
PROBLÈME...



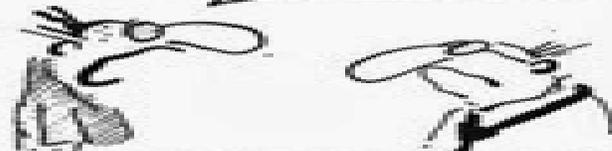
JE SUIS DÉJÀ AU CHÔMAGE.



JE DOUS À PEINE.



JE NE FUME JAMAIS.



ET MA FEMME N'A PLUS
ENVIE DE MOI!



AH

BON, BEN, JE VAIS VOUS FAIRE
UNE ORDONNANCE.



REISER

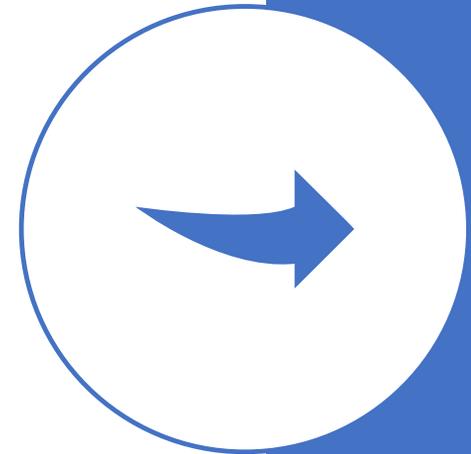
OÙ TROUVER DE L'AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE: SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Actes-terroristes/Faire-face-a-des-evenements-choquants/Trouver-de-l-aide-medico-psychologique/Annuaire-ou-indications-pour-trouver-une-aide-localement>

BZD « interdites » 1

Toute prescription de benzodiazépine doit s'intégrer dans un plan de soins personnalisé

- Ecoute empathique pour permettre d'exprimer la souffrance
- Thérapie brève pour initier le changement
- Entretien motivationnel
- Prise en charge en hypnose
- Thérapie cognitivo - comportementale
- Toute activité de relaxation type yoga, sophrologie ou autre
- Règles d'hygiène du sommeil
- Agenda du sommeil
- Activité physique ...



Comment structurer ma décision pour améliorer le bénéfice et diminuer les risques ?

BZD

« Interdites » 2

Prendre le temps de l'écoute et de la décision : il y a rarement urgence à prescrire

Démarrer une psychothérapie de soutien

Connaître les ressources locales pour prise en charge sous différentes formes de thérapies brèves

Expliquer au patient les risques des médicaments et la nécessité de prendre en charge le problème de fond et pas uniquement le symptôme

Se former éventuellement à l'utilisation de quelques outils et les proposer au patient

En cas de prescription de benzodiazépines prescrire pour une durée courte (1 semaine)

Revoir rapidement le patient après la prescription pour réévaluer le diagnostic et évaluer ou réévaluer les alternatives proposées et utilisées par le patient

BZD

« Interdites » 3

Quelques
données
concernant
l'utilisation des
benzodiazépines

80% des benzodiazépines sont
prescrites par les médecins
généralistes

En 2013, 11,5 millions de
français ont consommé au moins
une fois une benzodiazépine

4% de la consommation totale
de médicaments en France

Modèle conceptuel d'une psychothérapie efficace

- Une relation de confiance, émotionnellement chargée avec une personne aidante
- Un accord du client et du thérapeute sur les buts et les moyens de la thérapie: contexte de soin, le client se présente à un professionnel dont il croit qu'il peut lui apporter de l'aide
- Une croyance du thérapeute dans sa thérapie, logique explicative compatible avec la vision du monde, les attitudes et les valeurs du client
- Une capacité du thérapeute à ne pas suivre le manuel !
- Un patient motivé et capable de suivre une procédure qui requiert sa participation active
- PS: est-ce que ça peut définir la médecine générale ? 😊



[Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. World Psychiatry. oct 2015;14\(3\):270-7.](#)

Frank JD, Frank JB. Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy. JHU Press; 1993. 376 p.

Rosenzweig S 1936 Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy American Journal of Orthopsychiatry, 6(3), 412-415

La motivation ça se travaille: les entretiens motivationnels c'est déjà de la thérapie

- Rouler avec la résistance!

Car « Un homme défend ses lumières ou comme vraies ou comme siennes, et de quelques façons que ce soit, il forme cent oppositions contre celui qui le veut convaincre ». Saint-Evremond (1685)
Œuvres choisies Hermann Paris 2016 p 166



NIVEAU DE PREUVE

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24338345> L'EMDR est aussi efficace que les thérapies cognitives et comportementales focalisées sur le trauma lorsqu'elles sont comparées directement. L'EMDR est plus efficace que le stress management, les thérapies de soutien, le counseling, la thérapie psycho dynamique et l'hypnose.

[http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma mental health 20130806/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/en/)

► Psychothérapies structurées

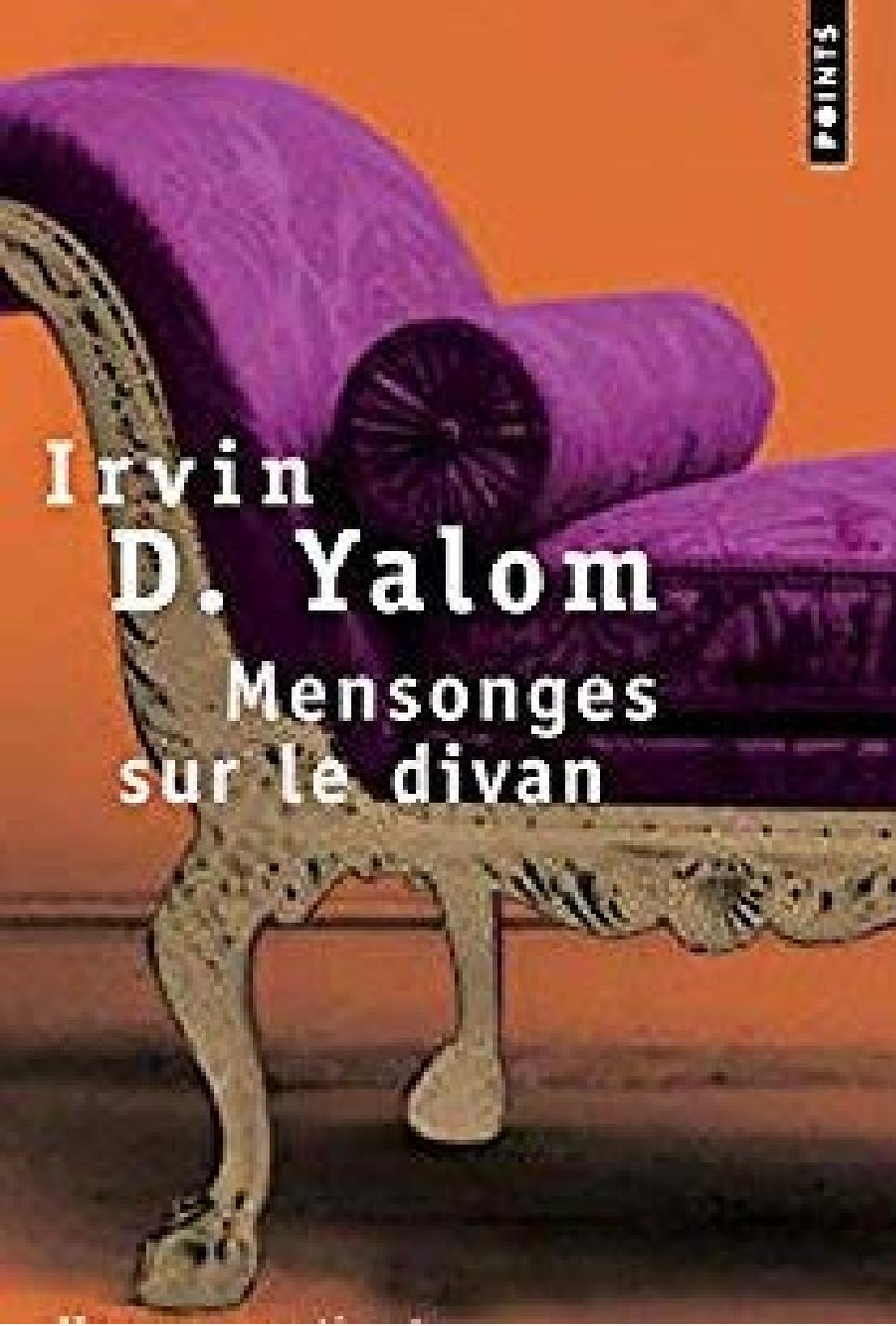
- Le traitement de choix est la Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) centrée sur le traumatisme ou la désensibilisation avec mouvements oculaires (EMDR : *eye movement desensitization and reprocessing*²). L'EMDR est contre-indiquée en cas de pathologie psychotique.
- Les techniques d'hypnose peuvent être bénéfiques sur certains symptômes (douleurs, anxiété, cauchemars).
- Le traitement psychothérapeutique est proposé quel que soit le délai écoulé depuis le traumatisme.
- Ce traitement est conduit en entretiens individuels, habituellement au nombre de 15 à 20 séances, au rythme de 1 ou 2 par semaine.

Seule mention de l'EMDR dans le site HAS, datant de 2007

Troubles anxieux

Tour de TABLE D'ÉVALUATION

Ce que cet atelier va vous apporter:
Personnellement
Pour votre entourage
Pour votre métier



BIBLIOGRAPHIE

Cyrułnik B. Un merveilleux malheur - Poche

Cyrułnik B. De chair et d'âme Éditions Odile Jacob

Yalom Irvin D. Le bourreau de l'amour Galaade Editions

Yalom Irvin D. L'art de la thérapie. Galaade Editions; 2016. 311 p.

Yalom Irvin D. Mensonges sur le divan Point.

Médecine générale <http://www.jle.com/fr/revues/med/revue.phtml>

- Roland N, Salmona L, Morand É, Salmona M. **Impact des violences sexuelles : le rôle des professionnels de santé Dans le cadre de la campagne « Stop au Déni »**. Médecine. 1 juin 2016;12(6):285-8.
- Duguet A, Lazimi G, Hervé C, Jehel L, Senon J-L, Beco I de, et al. **Violences sexuelles et autres violences faites aux femmes**. Médecine. 27 juin 2014;10(6):262-8.
- [Ruiz B, Psychotraumatologie et médecine générale](#). Automutilations, grande toxicomanie, syndrome de Münchhausen, pathologies conversives... : **à la recherche du « trauma perdu »**. Médecine. 2011;7(6):281-285. doi:10.1684/med.2011.0725
- Barroso-Debel M, Lazimi G, Lazimi N, Soares A, De Beco A, Chastaing J, Magnier AM [Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Une étude qualitative en Île-de-France](#). Médecine. 2014;10(9):423-428. doi:10.1684/med.2014.1160

Les risques iatrogènes de l'absence de diagnostic:

Cathébras P, Charmion S. Maladies construites. Médecine. 1 déc 2007;3(10):465-8.

Cathebras P. Plaintes somatiques médicalement inexplicées. Médecine. 1 févr 2006;2(2):72-5.

Thèses:

REPERAGE PAR LE MEDECIN GENERALISTE DES VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX FEMMES : LE POINT DE VUE DES PATIENTES. Mathilde Palisse, thèse d'exercice dirigée par Gilles Lazimi <http://www.docteurmilie.fr/wordpress/wp-content/uploads/2014/04/Poster-mathilde-palisse-1.pdf>

Prise en charge de l'Etat de Stress Post Traumatique : Etude Qualitative auprès des Médecins Généralistes du Vaucluse. S. LAYA <http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/THESE%20LAHYA.pdf>

Les victimes d'inceste face à leur médecin traitant : ententes et attentes. Étude qualitative auprès de 10 patients suivis en consultation de psychotraumatisme en 2013 et 2014 à la Réunion Marion Bergeret

Thérapie brève

[WATZLAWICK](#) Le langage du
changement; Seuil

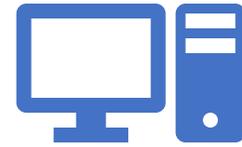
Et avec [Giorgio NARDONNE](#) Stratégie de
la thérapie brève. Seuil

[DOUTRELUGNE Y. COTTENCIN O](#), Julien Betbèze.
Thérapies brèves : principes et outils pratiques =
Elsevier

[Antonio DAMASIO](#) Le sentiment même de
soi. Corps, émotions , conscience. Odile
Jacob.

BIBLIOGRAPHIE internet

- [Neuroimagerie et Hypnose 2012 Inserm](#)
- <http://www.rts.ch/play/tv/36-9/video/emdr-la-therapie-qui-chasse-les-demons?id=4304857>
- L'état de stress post-traumatique / Les conséquences d'une exposition à un événement traumatisant comme les attentats / Faire face à des événements choquants / Actes terroristes / Populations et santé / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 7 févr 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Actes-terroristes/Faire-face-a-des-evenements-choquants/Les-consequences-d-une-exposition-a-un-evenement-traumatisant-comme-les-attentats/L-etat-de-stress-post-traumatique>
- <https://www.youtube.com/watch?v=3kugoEI0-JU> Cyrulnik
- <https://www.youtube.com/watch?v=ZdTFqpltd8I> Yalom (en anglais)
- <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/introduction.html>
- <http://www.institutdevictimologie.fr/>
- www.dailymotion.com/video/xo6g2r_formation-aux-therapies-breves-avec-les-docteurs-doutrelugne-et-poupard_lifestyle





La baguette magique?

La baguette EMDR permet de soulager le bras du thérapeute pour faire les mouvements oculaires (SBA)

Prix de la baguette : 15 euros + les frais de port

<http://hap-france.blogspot.fr/p/le-materiel-pedagogique-de-hap-france.html>

L'ESPT comprend

- Des **intrusions** : des émotions (peur, terreur, honte...) stimulées et revenir dans le présent **sans que la personne ne comprenne ce qui lui arrive**. Elle peut alors être terrorisé(e), être totalement figé(e), dissocié(e), paniqué(e) ...
- Des **évitements**: de la sexualité, de l'expertise (par perte de confiance et remise en question des croyances nécessaires pour vivre en harmonie avec les autres)...
- Une **hyperstimulation** du système neuro-végétatif sollicité pour permettre de survivre au danger : sursaut, trouble du sommeil, agitation.
Le système de survie est en alerte, la signification de danger prend le dessus avec pour conséquence :
 - La **fuite** et les évitements (de tout ce qui peut faire penser à l'événement traumatique).
 - La **honte**
 - Le sentiment de **culpabilité**, d'injustice
 - La **colère** (contre soi souvent avant de pouvoir la tourner contre l'autre)

État de Stress Post-Traumatique DSM V: un chapitre à part entière depuis 2013 et des signes spécifiques à l'enfant

American Psychiatric Association (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition :
DSM-5, American Psychiatric Press, Washington D.C.

Critère A

- Exposition ou menace de mort, de blessures graves, ou violence sexuelle,
 - directement
 - comme témoin de l'événement vécu par d'autres.
 - Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche.
 - Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (les premiers intervenants, les médecins, les pompiers, les policiers...).

Critère B Présence *d'un des cinq* symptômes suivants associés à l'événement traumatique

- Souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique.
- Rêves répétitifs pénibles dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique.
- Réactions dissociatives (flash-backs, par exemple) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait.
- Sentiment intense ou prolongée de détresse psychologique à l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.
- Réactions physiologiques marquées à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.

Critère C : les symptômes d'évitement: un des deux

Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.

Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.

Critère D (au moins 2/7)

Altérations négatives des cognitions et de l'humeur

1. Incapacité à se rappeler un élément important du ou des événements traumatiques
2. Croyances ou attentes négatives persistantes ou exagérées à propos de soi-même, des autres, ou du monde
3. Cognitions persistantes et déformées concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatique qui amènent l'individu à se blâmer ou à blâmer autrui.
4. État émotionnel négatif persistant (par exemple, peur, horreur, colère, culpabilité ou honte).
5. Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives.
6. Sentiment de détachement ou d'éloignement des autres.
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).

Critère E : hyperactivation neurovégétative et hyperréactivité (au moins 2 sur 6)

1. Comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation) généralement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement imprudent ou autodestructeur.
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. Problèmes de concentration.
6. Troubles du sommeil (par exemple, difficultés à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).

Critères F, G, H

- La durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) est de plus que 1 mois.
- La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.
- La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale.

Manuel d'EMDR Francine Shapiro InterEditions *L'EMDR est une Psychothérapie intégrative:*

- Approche d'ensemble portant sur les images, les croyances, les émotions, les réactions physiques, la conscience accrue et les systèmes interpersonnels.
- Thérapie centrée sur la personne, interactive, interactionnelle, intrapsychique, cognitive, comportementaliste, orientée vers le corps.
- Porter attention à :
 - l'étiologie des événements (psychodynamique) ;
 - les réponses conditionnées (comportementales) ;
 - les croyances (cognitives) ;
 - les émotions (thérapies empiriques) ;
 - le travail de l'imagerie (thérapies hypnotiques) ;
 - compréhension contextuelle (thérapie systémiques).
- La thérapie peut comprendre l'association libre, la catharsis, l'abréaction, le symbolisme... les chaînes d'apprentissages, le phénomène de généralisation, les réponses conditionnées, le matériel associatif... un changement des structures cognitives et des croyances... la suppression de l'état statique émotionnel permettant au patient de différencier plus facilement les gens... le changement de sensation physiques...