

GUIDE DU MÉDECIN DE FAMILLE DE LA COLOMBIE- BRITANNIQUE

ÉVALUATION DE
PATIENTS APRÈS
UN INCIDENT
FAISANT DE
NOMBREUSES
VICTIMES



JIBC



SIMTEC

SIMTEC PROJECT | AVRIL 2015
JUSTICE INSTITUTE OF BRITISH COLUMBIA

Sean De Maio
Ciara Moran
Laurie Pearce
Adam Vaughan

TABLE DES MATIÈRES

1. Qu'entend-on par incident faisant de nombreuses victimes?.....	1	d. Traitements psychosociaux	8
a. Exemples d'incidents faisant de nombreuses victimes.....	1	i. Premiers soins psychologiques	8
i. Caractéristiques	1	ii. Thérapie cognitivo-comportementale	9
ii. Apparition	2	iii. Thérapie par le jeu (enfants)	10
iii. Durée	2	e. Autres traitements	11
iv. Proximité du danger	2	i. Gestion du stress lié à un incident critique (GSIC) – Désamorçage, séances de verbalisation, etc.	11
b. Réactions psychosociales courantes à un incident faisant de nombreuses victimes.....	2	ii. EMDR.....	12
2. Pourquoi est-il important que vous compreniez la nature des incidents faisant de nombreuses victimes?.....	2	iii. Thérapie du champ mental (TCM)	13
a. En quoi sont-ils différents?.....	2	6. Enfants et traumatismes	13
3. Comprendre ce que sont l'état de stress aigu, l'état de stress post-traumatique et les incidents faisant de nombreuses victimes	3	7. Populations à risque	15
4. Outils d'évaluation (adultes)	4	a. Patients âgés	15
a. Questionnaire sur les réactions de stress aigu de Stanford.....	4	i. Évaluation	16
b. Échelle d'impact des événements	5	ii. Traitement	16
c. Entrevue sur l'état de stress aigu	5	b. Patients autochtones	16
d. Échelle de l'état de stress aigu	5	i. Évaluation	16
5. Options de traitement	5	ii. Traitement	16
a. Traitement de soutien	5	c. Secouristes et sauveteurs	16
b. Pharmacothérapie	6	i. Évaluation	16
i. Définition et analyse	6	ii. Traitement	17
ii. Quand y recourir	6	d. Personnes ayant un handicap physique ou atteintes de troubles cognitifs	17
iii. Fournisseurs	6	8. Questions particulières	18
iv. Coûts	6	9. Ressources	18
c. Pharmacologie	7	a. Tests et échelles	18
i. Définition et analyse	7	b. Ressources en santé mentale	18
ii. Quand y recourir	7	c. Réseaux sociaux	19
iii. Fournisseurs	7	d. Applications téléphoniques	19
iv. Coûts	8	10. Lecteurs critiques	19
		11. Personnel de recherche	19
		12. Autres ressources	20
		13. Notes de fin de document	20



1. QU'ENTEND-ON PAR INCIDENT FAISANT DE NOMBREUSES VICTIMES?

Une catastrophe est un « événement perturbateur dont les conséquences destructrices sont telles que les capacités d'une collectivité ne suffisent pas à répondre aux demandes en matière de soins de santé¹ ». Quand des catastrophes font beaucoup de victimes humaines, on parle d'incidents faisant de nombreuses victimes, et dans ce type d'incidents, les ressources locales sont mises à très rude épreuve².

À la consultation, les patients peuvent présenter des symptômes traumatiques dus au fait qu'ils ont été témoins d'une menace, même si personne n'a en fait été blessé ou tué.

À la consultation, les médecins de famille verront chez les personnes qui ont vécu de tels incidents des signes et symptômes révélateurs, et ce soit aussitôt après l'incident, soit de nombreux mois plus tard. Certaines consulteront pour des motifs physiques, mais ce sera plus souvent pour des motifs psychosociaux, par exemple parce qu'elles souffrent d'anxiété ou de dépression. Les études montrent de plus en plus que non seulement les traumatismes psychologiques consécutifs à un incident sont uniques, mais qu'avec un diagnostic et un traitement précoces, on peut en atténuer les conséquences à long terme.

Ce guide se veut une source d'information pour les médecins de famille en ce qui concerne le stress lié à des incidents faisant de nombreuses victimes, y compris l'état de stress aigu consécutif à un incident et/ou l'état de stress post-traumatique (ESPT).

a. Exemples d'incident faisant de nombreuses victimes

i. Caractéristiques

Un incident faisant de nombreuses victimes n'est pas nécessairement défini par le nombre réel de victimes, mais plutôt par la pression relative exercée sur le système de santé local. Un accident d'autobus survenant dans une petite ville et faisant quelques victimes est comparativement aussi dévastateur qu'un incident plus important en zone urbaine. L'événement peut être un phénomène naturel (p. ex. un séisme) ou être d'origine humaine (p. ex. une bombe). Dans les deux cas, il est vraisemblable que des victimes et des témoins, adultes et enfants, de tels événements consulteront leur médecin de famille, et la première consultation peut avoir lieu aussitôt après l'incident comme des mois ou très longtemps après.

Les événements traumatiques peuvent être vécus individuellement ou collectivement, mais les incidents faisant de nombreuses victimes sont généralement vécus collectivement. Les catégories comprennent les menaces chroniques (p. ex. violence communautaire, risques de toxicité), les menaces croissantes (p. ex. terrorisme, épidémies menaçant la santé publique) et les menaces graves (p. ex. catastrophes naturelles, accidents technologiques)³.

ii. Apparition

En se fondant sur les catégories ci-dessus, la réaction individuelle à un incident faisant de nombreuses victimes variera considérablement d'une personne à l'autre, en fonction de sa proximité physique avec l'événement et affective avec d'autres victimes, de problèmes de santé mentale existants et d'une exposition antérieure à des événements similaires. Cependant, les violences massives risquent plus d'avoir des conséquences sérieuses sur le plan de la santé mentale que des catastrophes naturelles³.

iii. Durée

Il est probable aussi que la durée d'une réaction traumatique sera variable. Si la plupart des incidents faisant de nombreuses victimes sont de courte durée, il peut être beaucoup plus long de se remettre de tels événements. Cela vaut tout particulièrement lorsque l'incident fait l'objet d'une attention médiatique continue ou qu'il risque d'avoir des répercussions juridiques, les deux pouvant déclencher des événements et augmenter la longueur perçue de l'incident. Bon nombre de personnes, pas toutes cependant, qui ont des réactions traumatiques psychosociales ont besoin de plusieurs interactions avec des professionnels de la santé, y compris d'être orientées vers des spécialistes de la santé mentale pour suivre une thérapie continue.

iv. Proximité du danger

Selon la proximité du danger potentiel découlant d'un événement, les témoins d'un incident faisant de nombreuses victimes entreront dans la catégorie des personnes « directement exposées », « indirectement exposées » ou « touchées de loin »⁴. Même si les personnes directement exposées seront probablement affectées, seules quelques-unes présenteront des symptômes traumatiques.

La proximité d'un incident est un facteur important, mais n'est pas en soi le facteur de risque déterminant en ce qui concerne le stress traumatique.

b. Réactions psychosociales courantes à un incident faisant de nombreuses victimes

Les réactions à tout incident faisant de nombreuses victimes varient souvent d'une personne à l'autre. Des problèmes psychologiques, comme la dépression, l'anxiété, l'irritabilité ou le stress, sont très fréquents. Une détresse psychologique non spécifique et des problèmes de santé généraux sont également communs, y compris des changements dans les habitudes de sommeil, des baisses d'énergie, des changements dans la consommation d'alcool et de nourriture et des problèmes digestifs³. Après un incident faisant de nombreuses victimes, la majorité de la population générale (75 %) souffrira d'une déficience psychosociale allant de modérée à grave, tandis qu'une assez faible proportion (10 %) éprouvera, tout au plus, une déficience minime³.

En plus des problèmes psychologiques susmentionnés, les enfants et les jeunes sont plus susceptibles de manifester, entre autres, des problèmes comportementaux, de l'hyperveil et/ou de se tourner vers la délinquance.

Le défi pour les médecins est de savoir comment repérer les patients les plus susceptibles de développer après un incident faisant de nombreuses victimes des traumatismes psychologiques persistants et de déterminer les « pratiques exemplaires » en matière de traitement et de prise en charge de la maladie. Les résultats des études réalisées après des catastrophes ne fournissent pas d'explication claire de l'incidence des facteurs psychosociaux sur la santé comportementale des survivants⁵.

2. POURQUOI EST-IL IMPORTANT QUE VOUS COMPRENIEZ LA NATURE DES INCIDENTS FAISANT DE NOMBREUSES VICTIMES?

a. En quoi sont-ils différents?

On considère qu'un événement est traumatique si la personne a) vit directement cet événement; b) en est témoin; c) apprend qu'un tel événement touche un proche parent ou un ami proche; ou d) est personnellement exposée de façon extrême ou répétée à des détails de l'événement en question.

De plus, elle éprouve depuis l'événement des sentiments de peur, d'impuissance et/ou d'horreur⁶.

La croissance démographique et l'éventail de plus en plus large des incidents font augmenter la probabilité pour quiconque d'être un jour confronté à un incident faisant de nombreuses victimes. Par conséquent, même lorsque le risque relatif de catastrophe naturelle semble mince, les

infrastructures sanitaires de toute collectivité doivent être prêtes pour le moment où les ressources en soins actifs et en soins de santé mentale seront rapidement débordées. Depuis les années 1990, 42 % des incidents faisant de nombreuses victimes sont imputables à des catastrophes d'origine

humaine, contre seulement 16,5 % de 1900 à 1970 . Les médecins de famille sont souvent le premier contact d'une personne avec le système de soins de santé. Ils seront chargés du triage et de l'orientation des patients pour une bonne évaluation secondaire et vers des ressources en matière de traitement.



3. COMPRENDRE CE QUE SONT L'ÉTAT DE STRESS AIGU, L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET LES INCIDENTS FAISANT DE NOMBREUSES VICTIMES

Il est important de souligner que les patients peuvent être très traumatisés par un événement sans pour autant répondre aux critères spécifiques du diagnostic d'état de stress aigu ou d'état de stress post-traumatique (ESPT). Un diagnostic d'état de stress aigu ou d'ESPT n'est pas nécessaire pour recevoir des soins⁸.

L'état de stress aigu suppose la présence de symptômes spécifiques dans les 30 premiers jours suivant l'exposition à la mort ou à des menaces de mort, à des blessures graves ou à des violences sexuelles en vivant directement le ou les événements traumatiques; le moment où l'on a été personnellement témoin du ou des événements; le moment où l'on a appris que le ou les événements ont touché un proche parent ou un ami proche; ou l'exposition répétée ou extrême à des détails aversifs sur le ou les événements traumatiques.

Les critères de diagnostic primaire de l'état de stress aigu chez les adultes comprennent la présence de neuf au moins des symptômes suivants dans n'importe laquelle des cinq catégories que sont l'intrusion, l'humeur négative, la dissociation, l'évitement et la vigilance, commençant ou s'aggravant après le ou les événements traumatiques⁹:

- Souvenirs envahissants liés à l'événement
- Rêves pénibles récurrents liés à l'événement
- Réactions dissociatives où la personne a l'impression que ou agit comme si l'événement se produisait actuellement (c.-à-d. flashbacks)
- Détresse psychologique causée par des événements, des actions, etc. qui peuvent ressembler à des aspects de l'événement traumatique
- Humeur négative
- Altération du sens de la réalité de son environnement ou par rapport à soi (p. ex. ralentissement du temps, dépersonnalisation)
- Incapacité de se souvenir d'un aspect important de l'événement traumatique (non causée par des symptômes physiques)
- Tentatives faites pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments liés à l'événement
- Efforts déployés pour éviter les gens, les lieux, les conversations liés à l'événement
- Troubles du sommeil
- Comportement irritable ou accès de colère
- Hypervigilance



- Problèmes de concentration
- Réaction de sursaut exagérée^{10,11}

L'accent est mis sur la dissociation dans l'état de stress aigu, plus particulièrement sur les symptômes de détachement ou de dépersonnalisation¹².

Lorsque les symptômes persistent pendant au moins 30 jours, les critères de diagnostic primaire de l'ESPT sont les suivants¹² :

- Exposition à la mort ou à des menaces de mort, de blessures graves ou de violences
 - Reviviscence (à travers des souvenirs qui reviennent, par exemple, sous forme de flashbacks ou de cauchemars)
 - Évitement des stimuli associés à l'événement (autrement dit, le patient évite intentionnellement les activités, les lieux et les situations qui lui rappellent l'événement)
- Pensées et humeur négatives persistantes associées à l'événement (c.-à-d. croyances négatives et scepticisme exagérés)
 - Hyperéveil (c.-à-d. troubles du sommeil, manque de concentration, irritabilité, accès de colère)

L'étape de développement de ces symptômes est à souligner : leur apparition peut survenir de quelques jours à des mois après l'événement, selon la personne, son exposition antérieure à des événements traumatiques, son profil psychologique, sa personnalité, etc.¹² Il peut être difficile de diagnostiquer un ESPT en raison de l'hétérogénéité des manifestations et d'une résistance possible de la part du patient à parler de traumatismes passés¹¹.

4. OUTILS D'ÉVALUATION (ADULTES)

Il existe plusieurs outils d'évaluation élaborés pour aider les médecins à identifier l'état de stress aigu dans leur cabinet ou dans un cadre clinique. Aucun n'est destiné spécifiquement à diagnostiquer un ESPT. Les plus courants sont présentés ci-dessous (avec des hyperliens, le cas échéant) :

a. Questionnaire sur les réactions de stress aigu de Stanford

Le questionnaire sur les réactions de stress aigu de Stanford (SASRQ) compte 30 éléments, soit :

- 6 questions sur l'évitement
 - 6 questions sur l'anxiété et l'hyperéveil
 - 2 questions sur le dysfonctionnement
- Le score peut reposer sur une échelle de Likert (0-5), sur les réponses oui/non (1/0) pour déterminer la manifestation d'un symptôme¹³. Le SASQR, s'il est administré dans le mois suivant l'événement, est considéré comme un outil fiable pour repérer les patients qui risquent le plus de présenter une déficience mentale à long terme¹⁴.
- Lien avec le SASRQ : <http://stresshealthcenter.stanford.edu/research/documents/StanfordAcuteStressReactionQuestionnaire-Flood.pdf>

b. Échelle d'impact des événements

L'échelle d'impact des événements (IES) est un des outils d'autodéclaration d'ESPT les plus généralement utilisés, même si certains émettent des réserves quant à sa fiabilité et à sa validité^{A,15}.

L'IES originale se présentait sous forme d'auto-questionnaire en 15 points qui permettait de dresser un tableau transversal de réactions subjectives à des événements de la vie stressants. Elle n'est pas destinée expressément à diagnostiquer un ESPT¹⁶. Elle permet surtout de mesurer les réactions au stress, les intrusions et les évitements. La version révisée du questionnaire (IES-R) en 22 points ne correspond toutefois pas directement aux critères de l'ESPT du DSM-V¹⁷.

Lien avec l'IES : <http://getcbt.org/the-impact-of-events-scale-revised/>

c. Entrevue sur l'état de stress aigu

L'entrevue sur l'état de stress aigu (ASDI), qui est une entrevue clinique structurée en 19 points, est conçue spécialement pour évaluer cet état¹⁸. Cette entrevue, qui repose sur les critères du DSM, présente une bonne cohérence interne, une validité concomitante

et une fiabilité de test-retest. La méthode de notation dichotomique constitue une limite importante¹³.

Lien avec l'ASDI : <http://www.istss.org/AcuteStressDisorderStructuredInterviewASDI.htm>

d. Échelle de l'état de stress aigu

L'échelle de l'état de stress aigu (ASDS) est essentiellement une version autodéclarée de l'ASDI¹⁸, qui répertorie les indices d'état de stress aigu et les prédicteurs d'ESPT. Le test présente une très grande sensibilité et une bonne spécificité pour ce qui est d'identifier l'état de stress aigu¹⁸. On ne s'entend pas encore sur les symptômes de l'état de stress aigu qui constituent des prédicteurs spécifiques de l'ESPT, car certaines études montrent que l'efficacité prédictive des symptômes de reviviscence, d'évitement et de vigilance est plus grande que celle des symptômes dissociatifs dans le cas de l'ESPT¹⁹.

Donc, l'ASDS est utilisée de manière optimale pour mesurer la gravité du stress aigu, plutôt que pour poser un diagnostic d'état de stress aigu comme tel. Un score de 50 ou plus est considéré comme indicatif d'un stress aigu sévère¹⁸.

Lien avec l'ASDS : <http://www.istss.org/AssessmentResources/4435.htm>

5. OPTIONS DE TRAITEMENT

a. Traitement de soutien

Le traitement d'un patient peut prendre la forme de counseling de soutien qui se concentre sur sa situation personnelle courante et porte sur des problèmes de santé comportementale actuels. Le but est d'aider les personnes à mieux comprendre et à s'aider elles-mêmes par des stratégies d'adaptation et de résolution de problèmes relativement peu intrusives¹⁷.

En général, la psychothérapie est préférable à des médicaments dans la première phase de traitement. Si le patient manifeste une peur et un évitement extrêmes, une technique d'exposition sera probablement recommandée^B. Si le patient présente des problèmes de culpabilité et de confiance extrêmes, une thérapie cognitive sera recommandée²⁰.

Une combinaison de psychothérapies est préférable à des médicaments dans la première phase de traitement.

Les thérapies cognitives et comportementales nécessitent une formation particulière pour une application à des patients présentant un ESPT. Il existe des manuels détaillés à l'usage des thérapeutes et des patients pour guider les thérapies visant le traitement cognitif.

A D'après certains auteurs, l'IES ne donne pas de mesure claire de la détresse, car les patients peuvent feindre une psychopathologie

B Dans les zones rurales et isolées, l'accès à une psychothérapie spécialisée peut être limité et il faudra donc compter davantage sur des médicaments pendant la première phase de traitement.



Le médecin de famille devra probablement, quant à lui, orienter le patient vers un spécialiste de la santé mentale après une consultation initiale et après avoir utilisé un outil d'évaluation de l'état de stress aigu et de l'ESPT (Section 4, 6).

ENFANTS : Les enfants et les adultes ont sans doute quelques symptômes en commun, comme les reproches à soi-même, le sentiment de culpabilité du survivant, la dépendance et la passivité émotionnelle. Cependant, chez les jeunes enfants, la reviviscence du traumatisme est plus susceptible de se manifester sous forme de jeu répété que sous forme des symptômes de l'adulte tels que des images, des pensées ou des perceptions récurrentes²¹.

b. Pharmacothérapie

i. Définition et analyse

La pharmacothérapie est la combinaison par un professionnel de la santé de médicaments et de psychothérapie, les médicaments servant de complément, pas de principale méthode de traitement. Elle a pour but thérapeutique de diminuer les pensées et les images envahissantes et d'autres symptômes tels que l'évitement, l'hyperéveil et la dépression²².

Malgré l'utilisation régulière de différents médicaments (voir ci-dessous, *Pharmacology*), il faut éviter d'opter pour un traitement exclusivement médicamenteux^{17,19,23}. Les médicaments peuvent traiter certains symptômes, mais ils n'aident pas à soulager les sentiments résiduels associés à l'événement traumatique.

ii. Quand y recourir

Il est conseillé d'utiliser une combinaison appropriée de médicaments et de psychothérapie lorsque²³ :

- le patient ne peut pas accéder à des services psychologiques en temps opportun;
- la psychothérapie n'aide pas beaucoup le patient;
- le patient présente des symptômes dissociatifs particulièrement marqués qui sont probablement exacerbés par la psychothérapie;
- les médicaments aident le patient à trouver la stabilité nécessaire à la psychothérapie.

iii. Fournisseurs

- Association canadienne de la santé mentale – section de la C.-B. : <http://www.cmha.bc.ca/>
- HealthLink BC: <http://www.healthlinkbc.ca/>
- College of Physicians and Surgeons of BC, recherche de médecin : https://www.cpsbc.ca/physician_search

La pharmacothérapie a pour but thérapeutique de diminuer les pensées et les images envahissantes et d'autres symptômes tels que l'évitement, l'hyperéveil et la dépression.

iv. Coûts

Le régime d'assurance médicale de la Colombie-Britannique couvre les consultations psychiatriques. Une thérapie individuelle avec un psychologue coûte environ 110 \$ par séance de 50 minutes²⁴.

c. Pharmacologie

i. Définition et analyse

En ce qui concerne les traitements de santé mentale, on entend par pharmacologie l'utilisation de médicaments prescrits pour réduire des symptômes liés à de graves traumatismes, à un état de stress aigu ou à un ESPT. Ces médicaments entrent généralement dans une des deux catégories suivantes²⁵ :

- *Inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS)* – Médicaments dits de première intention dans le traitement de l'ESPT, comprenant la fluoxétine (Prozac), la fluvoxamine (Luvox), la sertraline (Zoloft) et la paroxétine (Paxil)²⁵. Ils présentent l'avantage unique, par rapport à d'autres catégories de médicaments, de pouvoir réduire les symptômes d'anesthésie émotionnelle de l'ESPT, mais il n'est pas recommandé d'en prescrire dans les quatre semaines qui suivent l'apparition des symptômes^{17,25}. On commence généralement par de faibles doses que l'on peut ensuite augmenter s'il n'y a pas d'amélioration des symptômes dans les semaines qui suivent¹⁸.
- *Inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMO) et antidépresseurs tricycliques (ATC)* – Prescrits aux patients présentant des symptômes de dépression. Les patients à qui l'on prescrit ces médicaments seront probablement assujettis à des restrictions alimentaires particulières en raison des interactions dangereuses possibles avec des ingrédients de certains aliments et boissons¹⁸.

ENFANTS : Étant donné le nombre limité d'études sur des enfants et des adolescents, la liste suivante est un bref résumé d'études sur des interventions psychopharmacologiques²¹ :

- Carbamazépine : asymptomatique
- Citalopram : réduction de 38 à 54 % des symptômes d'ESPT
- Clonidine : diminution de l'agressivité, de l'hyperéveil et des troubles du sommeil
- Guanfacine : arrêt des cauchemars
- Propranolol : diminution de la sévérité pré et post-ESPT

ii. Quand y recourir

Dans les cas aigus, à qui l'on peut prescrire des IMO ou des ISRS après de multiples séances de thérapie, l'orientation vers un spécialiste de la santé mentale est considérée comme étant la « pratique exemplaire »¹⁷. Cependant, dans les collectivités où l'accès à des spécialistes de la santé mentale est limité, la prescription de médicaments peut être envisagée plus tôt dans le schéma thérapeutique.

Inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS) – Médicaments dits de première intention dans le traitement de l'ESPT, comprenant la venlafaxine, la fluoxétine, la sertraline, et la paroxétine.

iii. Fournisseurs

La majorité des médicaments sont disponibles dans toute pharmacie communautaire.





iv. Coûts

La plupart des médicaments font partie du *BC PharmaCare No-Charge Psychiatric Medication Plan* (Régime G), médicaments psychiatriques sans frais dans l'assurance-médicaments de la C.-B.), sous réserve de critères d'admissibilité au cas par cas : <http://www.health.gov.bc.ca/pharmacare/outgoing/plangtable.html>

Si un patient ne bénéficie pas actuellement d'une couverture des médicaments sur ordonnance dans le cadre de BC Pharmacare, le prix de la majorité des médicaments susmentionnés va de 0,35 \$ à 0,65 \$ par comprimé, plus des frais d'ordonnance de 10 à 11 dollars par ordonnance²⁶.

d. Traitements psychosociaux

i. Premiers soins psychologiques

[1] Définition et analyse

Les *premiers soins psychologiques* comprennent des interventions simples, comme reconforter, informer, soutenir et apporter une assistance pratique. Cette méthode constitue généralement la première phase du traitement et inclut les étapes suivantes²³.

- Prendre contact avec le patient et parler avec lui de manière non intrusive et en faisant preuve de compassion.
- Assurer la sécurité immédiate et continue du patient (physique et émotionnelle).
- Stabiliser les patients accablés et désespérés en les rassurant et en fournissant un confinement.
- Réunir des renseignements pour déterminer les besoins et les problèmes immédiats.

- Fournir une assistance pratique en aidant le patient à régler des besoins et des problèmes immédiats.
- Mettre le patient en relation avec des soutiens sociaux en aidant à structurer les possibilités de contacts brefs ou continus avec des services de soutien individuels et communautaires.
- Fournir des renseignements pour aider à faire face, y compris sur l'adaptation au stress
- Mettre le patient en liaison avec les services voulus, tant pour une utilisation présente que future.

Cette méthode établit une expérience générale de sécurité et de confinement, permet une orientation vers l'événement et offre une soupape émotionnelle²⁷.

[2] Quand y recourir

Cette méthode de traitement est à employer immédiatement et jusqu'à quatre semaines après l'événement (« phase d'impact immédiat ») avec les patients qui ont des réactions aiguës et qui risquent de ne pas pouvoir retrouver tout seuls leur équilibre psychologique²⁸. Il s'agit d'atténuer l'impact de l'événement et d'accélérer la récupération normale de personnes qui réagissent normalement à un événement anormal.

Les bonnes interventions en situation de crise se caractérisent, entre autres, par un suivi visant à évaluer les progrès et le retour à l'homéostasie. Le suivi devrait avoir lieu dans la semaine qui suit l'intervention initiale. Il est essentiel de surveiller les progrès. Si le patient fait peu ou pas de progrès, il est indiqué de le renvoyer vers un niveau de soins supérieur. Un rendez-vous de suivi à l'évaluation initiale doit être prévu dans les 15 jours qui suivent²³.

ENFANTS : Les lignes directrices ci-dessus sur les *premiers soins psychologiques* fournissent des instructions pour l'administration à des jeunes de tous âges, des nourrissons aux adolescents. La réunion et le dialogue avec des êtres chers (famille et pairs) constitue un élément important du traitement, la participation des parents ou des tuteurs étant « essentielle »²⁷.

Une auto-administration par des adultes ou par les parents est également possible, après une consultation et un traitement initial par un professionnel de la médecine. Pour consulter les lignes directrices, aller à : <http://www.nctsn.org/content/psychological-first-aid>

Les premiers soins psychologiques établissent une expérience générale de sécurité et de confinement, permettent une orientation vers l'événement et offrent une soupape émotionnelle.

[3] Fournisseurs

Les *premiers soins psychologiques* peuvent être administrés par des médecins de famille et des médecins généralistes, car ces soins présentent peu de risques, étant donné qu'ils ne comportent pas de travail approfondi sur les émotions ou de récits détaillés de l'événement. Les intervenants d'urgence, les intervenants certifiés en traumatismes, les traumatologues certifiés et les conseillers qualifiés

en traumatismes peuvent également dispenser des premiers soins psychologiques.

[4] Coûts

Des *premiers soins psychologiques* peuvent ensuite être administrés par un médecin de famille ou peuvent être auto-administrés.

ii. Thérapie cognitivo-comportementale

[1] Définition et analyse

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) axée sur les traumatismes est, parmi les traitements psychothérapeutiques de l'état de stress aigu et de l'ESPT, celui pour lequel on dispose des données empiriques les plus solides¹⁹. La thérapie cognitivo-comportementale est une technique que l'on peut utiliser pour aider des personnes à mieux comprendre les pensées et les sentiments qui conduisent à des comportements potentiellement problématiques. Elle a diverses utilisations, mais elle peut se révéler particulièrement efficace dans le traitement des phobies, de l'anxiété, des traumatismes et de la dépression. Elle a entre autres ceci d'intéressant qu'elle est généralement considérée comme une option à court terme qui se concentre sur un ensemble très précis de comportements.

Les deux interventions primaires pendant une thérapie cognitive-comportementale sont l'exposition et la restructuration cognitive, qui découlent des théories comportementales et cognitives¹⁷. Dans la thérapie d'exposition, le patient se souvient de l'événement traumatique et est confronté à des situations de la vie quotidienne qui peuvent lui rappeler l'événement (« exposition in vivo »)²².



L'élément d'exposition de la TCC peut être contre-indiqué dans les crises ou les situations de catastrophe suivantes, d'où l'importance de l'intervention de crise comme élément du continuum global de soins²⁹ :

- Deuil aigu
- Colère
- Anxiété et panique extrêmes
- Dissociation marquée
- Sources continues de stress
- Psychose
- Grave dépression
- Risque de suicide, risque d'homicide
- Traumatisme antérieur non résolu

[2] Quand y recourir

La TCC commence généralement dans le premier mois qui suit l'événement traumatique, comme traitement initial de l'état de stress aigu, afin aussi de réduire le risque d'apparition d'un ESPT³⁰.

ENFANTS : Il existe de nombreux tests d'évaluation de l'ESPT conçus tout spécialement pour les enfants (résumés à la *section 6, Children*). Les enfants qui éprouvent des symptômes prononcés de dépression sont plus susceptibles de profiter de la structure de la TCC, surtout en cas d'échec d'approches thérapeutiques non directives³¹.

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) axée sur les traumatismes est, parmi les traitements psychothérapeutiques de l'état de stress aigu et de l'ESPT, celui pour lequel on dispose des données empiriques les plus solides.

[3] Fournisseurs

À moins que le médecin de famille ait suivi une formation à la TCC, il est recommandé d'orienter le patient vers un professionnel de la santé mentale²³.

Academy of Cognitive Therapy:
[Cognitive Therapist Search](#)

Anxiety BC, CBT:
<http://www.anxietybc.com/cbt-home>

Thérapeutes spécialistes de TCC en C.-B. :
http://therapists.psychologytoday.com/rms/prof_results.php?state=BC&spec=293

[4] Coûts

Le régime d'assurance médicale de la Colombie-Britannique couvre les consultations psychiatriques. Une thérapie individuelle avec un psychologue coûte environ 110 \$ par séance de 50 minutes²⁴.

iii. Thérapie par le jeu (enfants)

[1] Définition et analyse

Chez l'enfant, la reviviscence d'épisodes traumatiques est souvent révélée par une *thérapie par le jeu* dans laquelle le thérapeute utilise des jeux, des dessins ou des périodes non structurées (« non directives ») pour permettre à l'enfant de mimer des sentiments ou des souvenirs traumatiques éventuels³². La reconstitution des événements traumatiques est une autre méthode employée dans la thérapie par le jeu, mais elle doit être laissée aux seuls professionnels de la santé mentale compétents qui ont suivi une formation spécifique en art-thérapie et en thérapie par le jeu.

[2] Quand y recourir

Il est très important de ne pas pousser trop vite l'enfant dans des souvenirs ou des sentiments douloureux. Par conséquent, une *thérapie par le jeu non directive* est la première phase de traitement recommandée chez les enfants qui présentent des symptômes d'évitement et/ou de retrait social, à condition que le clinicien ne laisse pas des comportements agressifs devenir incontrôlables³³.

La thérapie par le jeu demande généralement de multiples séances, et c'est une autre raison pour laquelle il est recommandé de diriger les patients vers un professionnel de la santé mentale qualifié.

Une thérapie par le jeu non directive est la première phase de traitement recommandée chez les enfants qui présentent des symptômes d'évitement et/ou de retrait social.



[3] Fournisseurs

- BC Play Therapy Association: <http://bcplaytherapy.ca/>
- BC Psychological Association (chercher par « Therapy Method » - méthode thérapeutique): http://www.psychologists.bc.ca/find_psychologist_full

[4] Coûts

Une thérapie individuelle avec un psychologue coûte environ 110 \$ par séance de 50 minutes²⁴.

e. Autres traitements

i. Gestion du stress lié à un incident critique (GSIC) – Désamorçage, séances de verbalisation, etc.

[1] Définition et analyse

La GSIC est un plan stratégique intégré à composantes multiples qui vise les patients secondaires exposés à des événements traumatiques, comme le personnel des urgences³⁴, et comprend des services de soutien avant et après un événement³⁵. La GSIC, qui a connu une croissance exponentielle, est à présent acceptée comme étant un des principaux plans de gestion des interventions en ce qui concerne les traumatismes. Cependant, tous les médecins n'y voient pas une mesure appropriée. Des études randomisées contrôlées récentes font cependant apparaître des avantages démontrables³⁶. Avant de participer à des discussions de groupe approfondies (appelées « séances de verbalisation suivant un incident critique », ou SVIC), les personnes touchées par un incident faisant de nombreuses victimes gagneraient sans doute à une consultation individuelle^{34,35}.

Des intervenants bien formés à la GSIC peuvent fournir tout ce qui suit aux personnes ou aux groupes exposés à un événement traumatique. Veuillez noter que la formation est essentielle dans le modèle de la GSIC et que seul le personnel formé devrait l'amorcer. Les éléments sont séquentiels et se présentent comme suit³⁶ :

1. Préparation avant les crises.
2. Démobilisation des intervenants lors d'une catastrophe ou d'un incident de grande ampleur.
3. Séances d'information communautaires ou programmes de soutien lors d'une catastrophe ou d'un incident de grande ampleur.
4. Désamorçage : discussion structurée en petits groupes organisée dans les heures qui suivent le début d'une crise aux fins d'évaluation, de triage et d'atténuation des symptômes aigus.
5. Gestion du stress lié à un incident critique (GSIC) renvoie au « modèle de Mitchell », discussion de groupe structurée, en sept étapes, organisée pour les intervenants et le cadre de travail.
6. Intervention ou counseling de crise ou soutien psychologique individuel.
7. GSIC familial.
8. Intervention, consultation organisationnelle ou communautaire.
9. Intervention pastorale en situation de crise.
10. Suivi et orientation aux fins de soins continus³⁷.

[2] Quand y recourir

Des facteurs de temps interviennent dans l'application des stratégies ci-dessus, mais elles reposent sur le principe de l'immédiateté, de la proximité et d'attentes positives. Le choix de l'intervention dépend du degré d'exposition, des réactions individuelles ou de groupe

à l'événement et du fait que le client est prêt ou pas psychologiquement à recevoir les services.

REMARQUE : Les SVIC ne constituent qu'un des éléments d'un programme global de GSIC, et il s'agit d'une intervention de groupe réservée aux premiers intervenants ou aux personnes impliquées dans un incident en milieu de travail. Les *premiers soins psychologiques* et les interventions individuelles sont les bons outils pour des personnes seules exposées à un événement traumatique.

ENFANTS : Les programmes de GSIC sont spécifiquement axés sur le personnel d'intervention d'urgence, mais certains aspects des concepts peuvent s'appliquer aux parents et à leurs enfants victimes ou témoins d'un événement traumatique.

[3] Fournisseurs

Services de gestion du stress post-traumatique :

- Employee and Family Assistance Program (EFAP): <http://www.efap.ca/services/critical-incident.htm>
- International Critical Incident Stress Foundation (ICISF): <http://www.icisf.org>
- Occupational First Aid Attendants Association of BC, CISM: http://www.ofaaa.bc.ca/cism_overview.html

[4] Coûts

Dans bien des cas, les frais de participation à un programme de GSIC sont peut-être couverts par l'employeur. Ils sont relativement peu élevés, car la GSIC est un programme global auquel participent des groupes qui est souvent proposé en milieu de travail par des équipes de bénévoles. Si l'employeur ne couvre pas le coût, il se peut que des programmes de Worksafe BC le fassent³⁸.

ii. EMDR

[1] Définition et analyse

L'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR) comprend des mouvements oculaires bilatéraux ou une autre stimulation gauche-droite, comme les sensations tactiles bilatérales ou les bruits successifs à gauche et à droite, accompagnés d'une thérapie ou de counseling plus standard, comme une TCC.

L'EMDR^C est une thérapie en huit étapes supposant le rappel des images et souvenirs traumatiques du patient, l'évaluation des qualités aversives et une concentration sur d'autres évaluations cognitives des images, tout en exécutant des mouvements oculaires sporadiques³⁹.

Les huit étapes sont les suivantes⁴⁰ :

1. Diagnostic et planification du traitement – examen des antécédents médicaux
2. Préparation – Explication de la théorie de l'EMDR
3. Évaluation – détermination des aspects ciblés qui représentent le mieux l'événement traumatique
4. Désensibilisation – le patient pense à la matière ciblée, puis exécute des mouvements oculaires
5. Ancrage de la cognition positive – cognition préférée répétée, après que les souvenirs et les pensées pénibles sont réduits
6. Bilan corporel – le thérapeute demande au patient s'il éprouve des sensations désagréables lorsque la matière ciblée est mentionnée
7. Conclusion – le thérapeute vérifie à la fin de la séance que le patient se sent en sécurité et rassuré
8. Réévaluation – au début de la séance suivante, le thérapeute confirme les résultats positifs de la séance précédente

L'EMDR peut être contre-indiquée pour des patients particulièrement instables ou fragiles. Elle est également contre-indiquée pour les patients déstabilisés présentant des tendances suicidaires, les patients toxicomanes ou alcooliques, et ceux atteints d'un trouble dissociatif de l'identité (TDI) ou manifestant un comportement fortement dissociatif.

[2] Quand y recourir

L'EMDR vaut mieux qu'aucun traitement ou des thérapies sans exposition, mais il n'est pas prouvé qu'elle soit plus efficace que d'autres thérapies d'exposition, comme la désensibilisation systématique (exposition graduelle aux facteurs de stress) ou la thérapie d'inondation (qui consiste à affronter tous les souvenirs traumatiques en même temps)³⁹.

ENFANTS : On utilise parfois aussi l'EMDR avec les enfants, en particulier les adolescents souffrant d'anxiété ou de dépression aiguë.

C *Malgré des données empiriques substantielles favorables à l'EMDR, le traitement est quelque peu controversé parce que les études ne sont pas jugées aussi rigoureuses que celles consacrées à la TCC*

[3] Fournisseurs

L'EMDR est très spécialisée et devrait donc être menée uniquement par un professionnel de la santé mentale agréé⁴¹.

EMDR Canada (recherche de thérapeute):
<http://emdrCanada.org/find-a-therapist>

[4] Coûts

Le régime d'assurance médicale de la Colombie-Britannique couvre les consultations psychiatriques. Une thérapie individuelle avec un psychologue coûte environ 110 \$ par séance de 50 minutes²⁴.

iii. Thérapie du champ mental (TCM)

[1] Définition et analyse

La TCM fait partie des thérapies réunies sous le nom collectif de psychologie énergétique. Elle utilise une combinaison de théorie de circulation de l'énergie de l'acupuncture, de kinésiologie et de psychologie pour soulager ou éliminer les émotions les plus négatives en équilibrant le système énergétique du corps. La TCM, qui repose sur les principes de l'acupression chinoise, est un processus en 12 étapes au cours duquel le thérapeute tapote des « points de traitement » précis du patient selon une séquence particulière, tandis que le patient se concentre sur les émotions pénibles⁴². On entend par « champ mental » un « domaine délimité à étudier et sur lequel se concentrer » où un changement de pensée entraîne un changement dans l'humeur et l'attitude générales du patient⁴³.

La TCM a une efficacité thérapeutique, mais il s'agit aussi d'un outil autodidacte qu'il est facile d'apprendre à utiliser. Aucune contre-indication à la TCM n'a encore été signalée à ce jour, mais plus de recherches s'imposent sans doute dans ce domaine^D.

[2] Quand y recourir

La TCM est relativement peu intrusive et peut donc être administrée à tout moment pendant le traitement du patient. La procédure ne nuira pas aux objectifs de toute autre thérapie, qui peut être administrée simultanément⁴³. Les patients peuvent même s'administrer eux-mêmes la TCM, car elle ne nécessite pas de discussion ou de retour sur l'événement traumatique⁴⁰.

ENFANTS : Les parents peuvent administrer la TCM à leurs enfants, une fois qu'ils ont appris la technique comme il faut auprès d'un thérapeute agréé dans cette spécialité⁴³.

[3] Fournisseurs

De préférence administrée par un thérapeute formé à la TCM pendant le traitement initial, mais elle peut être administrée par le patient même par la suite.

Thought Field Therapy Practitioner Guide:
<http://www.tftpractitioners.net/>

[4] Coûts

Selon le type de professionnels de la santé (certifiés en TCM, allant des naturopathes aux thérapeutes agréés), le tarif va de 65 à 200 \$ de l'heure, la plupart des séances durant de 30 à 60 minutes. Les patients peuvent s'administrer eux-mêmes la TCM, après la première séance de traitement⁴².

6. ENFANTS ET TRAUMATISMES

Le parent ou le tuteur et l'enfant viendront au cabinet ensemble, mais il est recommandé de les interviewer si possible séparément, afin de réduire au minimum l'influence et les interruptions de l'un et de l'autre⁴⁴. En général, les enfants ont tendance à reproduire les réactions au stress de leurs parents⁴⁵. C'est pourquoi il est primordial d'interviewer le parent ou le tuteur avant d'évaluer l'enfant.

Résumé de l'aptitude cognitive générale (par groupe d'âge)⁴⁴ :

- Moins de 4 ans : rarement fiables comme témoins
- De 4 à 7 ans : suffisamment cohérents, peuvent répondre à des questions concrètes, mais sont incapables de tirer des conclusions
- De 8 à 12 ans : peuvent répondre à des questions qui exigent de faire des déductions et plusieurs parties, et exprimer des concepts plus abstraits
- Plus de 12 ans : capables de réaliser la plupart des tâches cognitives

^D Le principal reproche fait à la TCM concerne le manque de données empiriques, le fait qu'on soit trop tributaire d'anecdotes et l'absence de publications avec comité de lecture qui fournissent des preuves à l'appui des capacités curatives déclarées de la TCM.

Il existe de nombreux tests cognitifs qui mesurent l'impact des traumatismes chez les enfants^E. Ce qui suit concerne spécifiquement l'ESPT et les troubles dissociatifs^{44,46}.

- [Adolescent Dissociative Experience Scale \(A-DES\)](#) : groupe d'âge des 12 à 18 ans
- [Child and Adolescent Psychiatric Assessment \(CAPA-C, CAPA-P\)](#) : groupe d'âge des 9 à 17 ans
- [Child Dissociative Checklist \(CDC\)](#) : groupe d'âge des 5 à 12 ans (administrée par le parent ou le tuteur)
- [Child PTSD Symptom Scale \(CPSS\)](#) : groupe d'âge des 8 à 18 ans
- [Child Report of Post-traumatic Symptoms/Parent Report of Post-traumatic Symptoms \(CROPS/PROPS\)](#) : groupe d'âge des 6 à 18 ans (PROPS administré par le parent ou le tuteur)
- [Child Reaction to Traumatic Events Scale \(CRTES\)](#) : groupe d'âge des 8 à 12 ans
- [Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents \(CAPS-CA\)](#) : groupe d'âge des 8 à 18 ans
- [Los Angeles Symptom Checklist \(LASC\)](#) : groupe d'âge des adolescents, âge moyen=16 ans
- [Pediatric Symptom Checklist\(PSC-17\)](#)⁴⁷ : groupe d'âge des 4 à 15 ans

Principaux éléments à prendre en considération dans l'évaluation et le traitement des enfants et des adolescents (par rapport aux adultes) :

- Les réactions traumatiques et les façons de rapporter les réactions ne sont pas les mêmes que chez les adultes⁴⁴.

- Aucun test et aucune méthode d'évaluation ne fournit à lui ou à elle seule un portrait complet des jeunes⁴⁴.
- Les garçons sont plus enclins à une hostilité extériorisée, alors que les filles sont plus susceptibles de se replier sur elles-mêmes⁴⁵.
- L'enfant dépend d'adultes pour aller se faire soigner, tant la première fois que pour les traitements ultérieurs³⁴.
- L'importance du bien-être émotionnel de l'enfant par rapport aux autres membres de la famille et de la dynamique psychologique générale des interrelations familiales (pas seulement parent-enfant)^{34,44}.
- Les enfants et les adolescents sont plus susceptibles de régresser dans leur développement sous l'effet de traumatismes³⁴.

Principaux facteurs de risque d'ESPT chez les enfants sont age, psychopathologie maternelle, et soutien socio-familial insuffisant
Family Social Support

- Principaux facteurs de risque d'ESPT chez les enfants³⁴ :
 - Âge
 - Psychopathologie maternelle
 - Soutien socio-familial insuffisant

E Plus d'un test est nécessaire pour vraiment déterminer s'il faut orienter le patient vers un professionnel de la santé mentale.



- Symptômes de l'ESPT prédominants chez les enfants^{31,32} :
 - Régression
 - Jeu post-traumatique
 - Peur du noir
 - Moins susceptibles de présenter des symptômes d'évitement^F
- Le parent ou le tuteur devrait être interviewé avant l'enfant ou l'adolescent, afin de déterminer si les symptômes de l'enfant répondent aux critères de diagnostic de l'ESPT³².
- Les adolescents peuvent avoir des flashbacks (comme les adultes), mais pas les enfants en général³².
- Les adolescents sont également plus susceptibles que les enfants de souffrir d'insomnie et d'être irritables³².
- Les enfants (de plus de 6 ans) peuvent avoir un comportement désorganisé ou agité, plutôt que de manifester de la peur^G ou de l'impuissance, comme souvent les adultes³².
- Les enfants (de plus de 6 ans) peuvent se livrer à des jeux répétitifs qui reproduisent des thèmes traumatiques particuliers, plutôt que d'avoir des souvenirs envahissants comme les adultes^{32,48}.
- Tous les enfants exposés à des traumatismes ne présentent pas de symptômes³³.
- Il arrive que les enfants ne présentent des symptômes que des mois ou des années après l'événement^{H,49}.

Les enfants d'âge préscolaire sont plus susceptibles de souffrir d'anxiété de séparation aiguë, d'être en état d'hyperéveil, d'avoir des troubles du sommeil, de s'accrocher et d'avoir peur d'être seuls. Les enfants d'âge scolaire sont plus susceptibles de se plaindre de maux psychosomatiques et de manifester un comportement incohérent ou imprudent. Les adolescents graviteront sans doute vers un comportement indépendant ou se replieront sur eux-mêmes (y compris seront dans le déni)⁴⁹.

REMARQUE : Pour bien évaluer l'état psychologique d'un enfant, il faut généralement de trois à cinq séances avec un professionnel de la santé mentale³³.



7. POPULATIONS À RISQUE

a. Patients âgés

Les personnes âgées qui consultent leur médecin de famille peuvent présenter des traumatismes psychologiques consécutifs à des événements, et les options de traitement seront similaires à celles des

jeunes adultes et des adultes d'âge mûr. On estime que le vieillissement constitue un facteur de risque de traumatisme sur le plan de la santé mentale⁴⁹. Comme il est mentionné plus haut, l'ESPT peut se manifester quelque temps après l'événement.

F Certains auteurs considèrent l'évitement comme un symptôme potentiel chez les enfants.

G Certains auteurs considèrent la peur comme un symptôme potentiel chez les enfants.

H Certains auteurs se demandent s'il y a chez les enfants des effets psychologiques résiduels à long terme.

Dans cette population, il peut s'agir d'années, voire de décennies.

Il est important d'être particulièrement sensible aux besoins et aux commentaires de cette population pendant l'évaluation⁴⁹. Souvent, les personnes âgées bénéficient de moins de soutien social, en comparaison d'autres groupes d'âge⁵⁰. Les outils d'évaluation et de traitement des adultes susmentionnés peuvent être utilisés pour les personnes âgées, mais les lignes directrices suivantes sont à prendre en considération³⁴ :

i. Évaluation

L'évaluation comprend des antécédents détaillés (développement, médicaux, psychiatriques, toxicomanie, etc.) et peut inclure l'utilisation d'un outil de dépistage des problèmes cognitifs tel que le mini-examen de l'état mental (MMSE) pour déterminer la fonctionnalité générale, avant une évaluation spécifique de l'ESPT.

ii. Traitement

Les interventions comportementales, comme les techniques de relaxation et de réduction de la vigilance sont plus susceptibles d'être comprises que certains éléments de la TCC^J. De manière générale, elles ne se concentrent que sur deux ou trois concepts pendant la séance.

b. Patients autochtones

Le taux d'incidence de l'ESPT est nettement plus élevé dans la population autochtone qu'en moyenne dans l'ensemble de la population⁴⁸. Le problème de « traumatisme historique » dans ce groupe, en plus de différences culturelles majeures et de l'importance de la parenté dans la communauté, complique encore les choses lorsqu'on différencie l'ESPT dû à un événement particulier de l'ESPT chronique³⁴.

i. Évaluation

Il est beaucoup plus probable qu'un patient autochtone soit préoccupé par les préjugés entourant les traitements de santé mentale, ce qui peut nuire au dialogue. Voici des lignes directrices culturelles à prendre en considération avec toute population³⁴ :

- Expliquer l'objet des questions, les délais et les résultats possibles.
- Vérifier auprès du patient s'il préfère être interviewé séparément ou en présence de proches.

- Dans certaines cultures, mieux vaut ne pas mentionner le nom d'un mort.
- Dans certaines cultures, mieux vaut éviter de mentionner le nom de proches parents du patient (y faire référence seulement par le lien/degré de parenté).
- Il faut veiller à ne pas révéler de renseignements personnels à un patient du sexe opposé.
- Les expériences spirituelles ne relèvent pas forcément du délire ou d'hallucinations.
- Dans tous les cas, interroger le patient sur sa relation avec sa culture et lui demander comment on peut l'aider au mieux.

Le taux d'incidence de l'ESPT est nettement plus élevé dans les Premières Nations / la population autochtone qu'en moyenne dans l'ensemble de la population.

ii. Traitement

Il est recommandé de collaborer si possible avec un professionnel de la santé mentale autochtone ou de diriger des patients vers lui. Pour la première consultation du patient, il est important que les médecins se renseignent sur ses normes culturelles en ce qui concerne la santé mentale, car des questions ou des suggestions de traitement insensibles aux différences culturelles risquent d'éloigner le patient et de le décourager de chercher à se faire soigner³⁴.

c. Secouristes et sauveteurs

On estime qu'environ 10 % des premiers intervenants présentent un ESPT, les taux étant les plus élevés chez les ambulanciers (en comparaison de la police, des pompiers et d'autres sauveteurs)³⁴.

i. Évaluation

Le dépistage a posteriori du personnel des urgences devrait mettre l'accent à la fois sur la fréquence et sur la gravité de l'exposition à des traumatismes, car une exposition répétée entraîne souvent un risque accru d'ESPT^{34,39}.

J La recherche existante sur les personnes âgées et le traitement de l'ESPT est également assez limitée.



Une évaluation globale des antécédents traumatiques est donc recommandée et elle nécessitera très probablement d'accéder aux dossiers du personnel et d'avoir plusieurs consultations entre le patient et un professionnel de la santé mentale.

ii. Traitement

En ce qui concerne les premiers intervenants, les *premiers soins psychologiques* et la GSIC par leurs pairs sont des points de traitement de départ recommandés. Les résultats du traitement initial seront plus probablement positifs lorsqu'il y a une intervention de pairs, et ce en raison de la grande confiance et de la camaraderie qui règnent au sein de cette profession. Il est important dans la thérapie des traumatismes subis par le personnel des urgences de créer un environnement sûr pour le patient, mais il faut éviter de le couper entièrement de sa situation de travail. En continuant de travailler à un poste qui n'est pas sur la ligne de front, il pourra bénéficier du soutien de ses pairs et de l'organisation, de même que d'une structure propice à l'estime de soi, et ce quotidiennement. Les personnes qui reprennent le travail sont plus susceptibles de se rétablir de l'ESPT que les autres³⁴.

Les catastrophes d'origine humaine génèrent en général des taux d'incidence de l'ESPT plus élevés chez les secouristes que les catastrophes naturelles⁵¹. Par conséquent, l'exposition à ce type d'événements (récemment et dans un passé lointain) justifie d'autant de diriger un secouriste vers un professionnel de la santé mentale afin qu'il suive une thérapie prolongée.

On estime qu'environ 10 % des premiers intervenants présentent un ESPT, les taux étant les plus élevés chez les ambulanciers.

Lors de la rencontre initiale avec le secouriste ou le sauveteur (avant de l'orienter vers un professionnel de la santé mentale), il est bon de souligner la difficulté de son travail et de parler des réactions psychologiques normales dans son métier après un stress extrême²⁷.

d. Personnes ayant un handicap physique ou atteintes de troubles cognitifs

Il est important de se souvenir d'adapter les interventions en matière de santé et de comportement aux besoins particuliers des personnes concernées. Il faut, si possible, vérifier auprès de la personne que l'on fournit un soutien qui est accessible et approprié.

8. QUESTIONS PARTICULIÈRES

Autres symptômes : La détresse peut se manifester sous forme de toxicomanie, de dysfonctionnement familial, de trouble d'adaptation et de symptômes somatiques non spécifiques³⁴.

- Confidentialité – collectivités voisines : Il est plus probable, dans les incidents faisant de nombreuses victimes qui se produisent dans de petites collectivités ou des collectivités éloignées, que les patients demandent assistance dans les collectivités voisines afin de réduire au minimum le risque de voir la confidentialité des renseignements les concernant compromise dans leur propre localité³⁴.
- Confidentialité – recours à un interprète : Si le patient a besoin d'un interprète, celui-ci ne doit pas connaître le patient, afin d'aider à préserver la confidentialité³⁴.
- Apparition tardive : Bien que, chez la plupart des gens, l'ESPT se manifeste en l'espace de quelques mois après l'événement, dans environ 25 % des cas, il n'apparaît pas avant 6 mois ou plus⁴⁸.
- Répercussions physiques de l'ESPT : L'exposition à des traumatismes et l'ESPT sont souvent associés à des maladies physiques (p. ex. risque accru d'angine de poitrine, d'insuffisance cardiaque, de bronchite, d'asthme et de maladie artérielle périphérique)⁴⁸.

9. RESSOURCES

a. Tests et échelles

- Entrevue sur l'état de stress aigu (ASDI) : <http://www.istss.org/AcuteStressDisorderStructuredInterviewASDI.htm>
- Échelle de l'état de stress aigu (ASDS) : <http://www.istss.org/AssessmentResources/4435.htm>
- Échelle d'impact des événements (IES) : <http://getcbt.org/the-impact-of-events-scale-revised/>
- Liste de contrôle de l'ESPT du DSM-5 (PCL-5) : <http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
- Questionnaire sur les réactions de stress aigu de Stanford (SASRQ) : <http://stresshealthcenter.stanford.edu/research/documents/StanfordAcuteStressReactionQuestionnaire-Flood.pdf>

b. Ressources en santé mentale

- Academy of Cognitive Therapy : <http://www.academyofct.org/>
- Anxiety and Depression Association of America – Screening Tools : <http://www.adaa.org/living-with-anxiety/ask-and-learn/screenings>
- BC Association of Clinical Counsellors : <http://bc-counsellors.org/>
- BC Psychological Association : <http://www.psychologists.bc.ca/>
- Association canadienne de la santé mentale – section de la C.-B. : <http://www.cmha.bc.ca/>



- Child and Adolescent Trauma Measures (voir la *Section 6, Enfants*) : http://www.ncswtraumaed.org/wp-content/uploads/2011/07/Child-and-Adolescent-Trauma-Measures_A-Review-with-Measures.pdf
- Échelle symptomatique de l'ESPT chez l'enfant : <http://www.istss.org/ChildPTSDSymptomScale.htm>
- GSIC – Canadian Critical Incident Stress Foundation (éducation et formation) : <http://www.ccsif.info/Education-and-Training.html>
- College of Physicians and Surgeons of BC – recherche de médecin : https://www.cpsbc.ca/physician_search
- Counselling BC : <http://www.counsellingbc.com>
- Services de gestion du stress à la suite d'un incident critique (GSIC) : <http://www.efap.ca/services/critical-incident.htm>
- EMDR Canada : <http://emdrcanada.org/>
- Pharmacologie – Clinician's Guide to Medications for PTSD : <http://www.ptsd.va.gov/professional/treatment/overview/clinicians-guide-to-medications-for-ptsd.asp>
- Thérapie par le jeu – BCPTA : <http://bcplaytherapy.ca/>
- Psychological First Aid Field Guidelines (pour adultes et parents) : <http://www.nctsn.org/content/psychological-first-aid>
- Psychological First Aid Online (formation) : <http://learn.nctsn.org/course/category.php?id=11>
- PTSD : Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56490/>
- Thought Field Therapy Practitioner Guide : <http://www.tftpractitioners.net/>

c. Réseaux sociaux

- #PTSD : <http://www.symplur.com/healthcare-hashtags/ptsd/>
- PsychCentral Forums : <http://forums.psychcentral.com/index.php>
- PTSD Chatroom : <http://www.healthfulchat.org/ptsd-chat-room.html>
- PTSD United : <http://www.ptsdunited.org/>

d. Applications téléphoniques

- ECBT Trauma (iPhone) : <https://itunes.apple.com/ca/app/ecbt-trauma/id355437454?mt=8>
- PTSD Coach : <http://www.ptsd.va.gov/PTSD/public/materials/apps/PTSDCoach.asp>
- PTSD Eraser (iPhone) : <https://itunes.apple.com/hk/app/ptsd-eraser/id480699807?mt=8>
- T2 Mood Tracker : <http://www.t2.health.mil/apps/t2-mood-tracker>

10. LECTEURS CRITIQUES

Nous remercions vivement nos lecteurs :

- Dr. Graham Dodd, urgentiste et médecin de famille (MD, CCFP(EM), MADEM)
- Dr. Mark Kovacs, pédiatre, KidsCare
- Dre. Jeanne Leblanc, psychologue agréée, Ph.D., ABPP, R. Psych.
- Bruce Ramsay, chef adjoint du service d'incendie (district de Vancouver-Nord, retraité), intervenant en traumatismes certifié (ATSS)
- Dre. Hannah Surgenor, médecin généraliste

11. PERSONNEL DE RECHERCHE

- Sean De Maio, chercheur (réviseur), SIMTEC du JIBC (MBSI, M.A.)
- Ciara Moran, chercheuse, SIMTEC du JIBC (M.A.)
- Laurie Pearce, chaire de recherche, JIBC (PhD, M.Serv.Soc., M.A.)
- Adam Vaughan, chercheur, SIMTEC du JIBC (doctorant, M.A.)

12. AUTRES RESSOURCES

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e ed.), Washington (DC), auteur, 2013.

BC Medical Services Commission - Psychiatry. Psychiatry fee schedule, extrait de <http://www.health.gov.bc.ca/msp/infoprac/physbilling/payschedule/pdf/29-psychiatry.pdf>, 2013.

BC Psychological Association. *Find a registered psychologist*, extrait de http://www.psychologists.bc.ca/find_psychologist_full, 2014.

Bryant, R. (n.d.). *Treatment of acute stress disorder*. extrait de <http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-stress-disorder>, non daté.

Everly, G. & Mitchell, J. A primer on critical incident stress management (CISM). The International Critical Incident Stress Foundation. extrait de <https://www.dshs.state.tx.us/mhsa-disaster/cism/primer/>, 2013.

Flannery, R. B. *The Assaulted Staff Action Program (ASAP): Coping with the psychological aftermath of violence*, Ellicott City (MD), Chevron Pub, 1998.

French, G. et Harris, C. *Traumatic incident reduction (TIR)*, Boca Raton, CRC Press, 1999.

Kolski, T., Jongsma, A. et Avriette, M. *Traumatic events treatment planner*, New York, J. Wiley, 2001.

Norris, F., Friedman, M., Watson, P., Byrne, C., Diaz, E. et Kaniasty, K. 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001, *Psychiatry: Interpersonal Biological Processes*, vol. 65, n° 3, p. 207-239, 2002.

Norris, F., Friedman, M. et Watson, P. 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry: Interpersonal Biological Processes*, vol. 65, n° 3, p. 240-260, 2002.

Orner, R., Kent, A., Pfefferbaum, B., Raphael, B. et Watson, P. The context of providing immediate postevent intervention, dans E. Ritchie, P. Watson et M. Friedman (sous la dir.) *Interventions following mass violence and disasters: Strategies for mental health practice* (p. 121-133), New York (NY), Guilford Press, 2006.

Shalev, A. Interventions for traumatic stress, dans E. Ritchie, P. Watson et M. Friedman (sous la dir.) *Interventions following mass violence and disasters: Strategies for mental health practice* (p. 103-120), New York (NY), Guilford Press, 2006.

Stein, M. Psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy for posttraumatic stress disorder*, extrait de <http://www.uptodate.com/contents/psychotherapy-for-posttraumatic-stress-disorder>, non daté.

13. NOTES DE FIN DE DOCUMENT

1. Leow, J. J., Brundage, S. I., Kushner, A. L., Kamara, T. B., Hanciles, E. et Muana, A. Mass casualty incident training in a resource-limited environment, *British Journal of Surgery*, vol. 99, n° 3, p.356-361, extrait de <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.7762>, 2012.
2. Organisation mondiale de la santé. *Mass casualty management systems*, extrait de http://www.who.int/hac/techguidance/MCM_guidelines_inside_final.pdf, 2007.
3. Norris, F.H., Galea, S., Friedman, M.J. et Watson, P.J. (sous la dir.). *Methods for disaster mental health research*, New York, Guilford Press, 2006.
4. Nemeroff, C. B., Bremner, J. D., Foa, E. B., Mayberg, H. S., North, C. S. et Stein, M. B. Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research*, vol. 40, n° 1, p. 1-21, extrait de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.07.005>, 2006
5. Yamashita, J. A review of psychosocial assessments for disaster mental health studies, *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, vol. 4, n° 6, p. 560-567, 2011.
6. Forbes, D., Wolfgang, B. et Cooper, J. Post-traumatic stress disorder. *Australian Family Physician*, vol. 38, n° 3, p. 106-111, 2009.
7. Organisation mondiale de la santé. *Mass Casualty Management Systems*, extrait de http://www.who.int/hac/techguidance/MCM_guidelines_inside_final.pdf, 2007.
8. Wills, C. et Gold, L. Introduction to the Special Section on DSM-5 and Forensic Psychiatry. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 42, p. 132-135, 2014.

9. Bryant, R. Treatment of acute stress disorder, *Treatment of acute stress disorder*, extrait de <http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-stress-disorder>, non daté.
10. American Psychiatric Association. Trauma-and Stressor-Related Disorders, dans *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, extrait de <http://dsm.psychiatryonline.org.ezproxy.library.ubc.ca/doi/full/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm07>, 2013.
11. Ciechanowski, P. et Kton, W. Posttraumatic stress disorder: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, and diagnosis, *Posttraumatic stress disorder: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, and diagnosis*, extrait de <http://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-epidemiology-pathophysiology-clinical-manifestations-course-and-diagnosis>, non daté.
12. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. *Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*, Canberra (TCA), National Health and Medical Research Council, 2007.
13. Cardeña, E., Koopman, C., Classen, C., Waelde, L. et Spiegel, D. Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): A valid and reliable measure of acute stress, *Journal of Traumatic Stress* vol. 13, n° 4, p. 719-734, 2000.
14. Cordova, M., Ruzek, J., Benoit, M. et Brunet, A. Promotion of emotional disclosure following illness and injury: A brief intervention for medical patients and their families. *Cognitive and Behavioral Practice*, vol. 10, n° 4, p. 358-371, 2003.
15. Joseph, S. Psychometric evaluation of Horowitz's impact of event scale: A review, *Journal of Traumatic Stress*, vol. 13, n° 1, p. 101-113, 2000.
16. Steinglass, P. et Gerrity, E. Natural Disasters and Post-traumatic Stress Disorder Short-Term versus long-term recovery in two disaster-affected communities, *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 20, n° 21, p. 1746-1765, 1990.
17. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. *Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Canberra (TCA), National Health and Medical Research Council, 2007.
18. Bryant, R., Moulds, M. et Guthrie, R. Acute Stress Disorder Scale: A Self-report measure Of Acute Stress Disorder. *Psychological Assessment*, vol. 12, n° 1, p. 61-68, 2000.
19. Katz, C., Pellegrino, L., Pandya, A., Ng, A. et Delisi, L. Research on psychiatric outcomes and interventions subsequent to disasters: A review of the literature, *Psychiatry Research*, vol. 110, n° 3, p. 201-217, 2002.
20. Rothbaum, B. Psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy for posttraumatic stress disorder*, extrait de <http://www.uptodate.com/contents/psychotherapy-for-posttraumatic-stress-disorder>, non daté.
21. Silva, R. Posttraumatic stress disorders in children and adolescents: Handbook, New York, Norton, 2004.
22. Rothbaum, B. Psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy for posttraumatic stress disorder*, extrait de <http://www.uptodate.com/contents/psychotherapy-for-posttraumatic-stress-disorder>, non daté.
23. Forbes, D., Wolfgang, B. et Cooper, J. Post-traumatic stress disorder, *Australian Family Physician*, vol. 38, n° 3, p. 106-111, 2009.
24. Psychiatry Fee Schedule. *BC Medical Services Commission – Psychiatry*, extrait de <http://www.health.gov.bc.ca/msp/infoprac/physbilling/payschedule/pdf/29-psychiatry.pdf>, 2013.
25. Kreidler, M., Briscoe, L. et Beech, R. Pharmacology for Post-Traumatic Stress Disorder related to childhood sexual abuse: A literature review, *Perspectives in Psychiatric Care*, vol. 38, n° 4, p. 135-145, 2002.
26. Pacific Blue Cross. *Pacific Blue Cross | BC Life*, extrait de <http://www.pharmacycompass.ca>, non daté.
27. Raphael, B. et Wilson, J. *Psychological debriefing: theory, practice, and evidence*, Cambridge, New York, 2000.
28. Young, B. The Immediate Response to Disaster - Guidelines for Adult Psychological First Aid, dans E. Ritchie, P. Watson et M. Friedman (sous la dir.), *Interventions following mass violence and disasters: Strategies for mental health practice* (p. 134-154), New York (NY), Guilford Press, 2006.
29. Foa, E. B., Franklin, M. E. et Moser, J. Context in the clinic: How well do cognitive-behavioral therapies and medications work in combination? *Biological Psychiatry*, vol. 52, n° 10, p. 987-997, 2002.

30. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. *Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*, Canberra (TCA), National Health and Medical Research Council, 2007.
31. Cohen, J., Mannarino, A. et Deblinger, E. *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*, New York, Guilford Press, 2006, imprimé.
32. OsoSilva, R. *Posttraumatic stress disorders in children and adolescents: Handbook*, New York, Norton, 2004.
33. Osofsky, J. *Young children and trauma: intervention and treatment*, New York, Guilford Press, 2007 (ouvrage original publié en 2004).
34. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. *Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*, Canberra (TCA), National Health and Medical Research Council, 2007.
35. Dietz, T. *Scenes of compassion: a responder's guide for dealing with emergency scene emotional crisis*, Ellicott City (MD), Chevron Pub. Corp, 2001.
36. Tuckey, M.R. et Scott, J.E. Group critical incident stress debriefing with emergency services personnel: a randomized controlled trial, *Anxiety, Stress, & Coping: An International Journal*, vol. 27, n° 1, p. 38-54, DOI: 10.1080/10615806.2013.809421, 2014.
37. Everly, G. et Mitchell, J. A primer on critical incident stress management (CISM), The International Critical Incident Stress Foundation, extrait de <https://www.dshs.state.tx.us/mhsa-disaster/cism/primer/>, 2013.
38. WorkSafe BC. Critical Incident Response, extrait de http://www.worksafebc.com/claims/serious_injury_fatal/critical_incident_response/default.asp, 2015.
39. Nemeroff, C. Bremner, J., Foa, E., Mayberg, H., North, C. et Stein, M. Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review, *Journal of Psychiatric Research*, vol. 40, n° 1, p. 1-21, 2006.
40. Schiraldi, G. *The post-traumatic stress disorder sourcebook a guide to healing, recovery, and growth*, Los Angeles (Californie), Lowell House, 2000.
41. Bartson, S. et Smith, M. « EMDR Therapy », extrait de <http://www.anapsys.co.uk/emdr.pdf>, 2011.
42. Callahan, R. et Callahan, J. *Stop the nightmares of trauma: thought field therapy (TFT), the power therapy for the 21st century*. Chapel Hill (Caroline du Nord), Professional Press, 2000.
43. Figley, C., Bride, B. et Mazza, N. *Death and trauma: The traumatology of grieving*, Washington (DC), Taylor & Francis, 1997.
44. Nader, K. *Understanding and assessing trauma in children and adolescents: Measures, methods, and youth in context*, New York, Routledge, 2008.
45. Lemyre, L., Corneil, W., Johnson, C. et Boutette, P. Psychosocial considerations about children and radiological events, *Radiation Protection Dosimetry*, vol. 142, n° 1, p. 70-76, 2010.
46. Strand, V., Pasquale, L. et Sarmiento, T. *Child and adolescent trauma Measures: A review*, extrait de <http://www.ncswtraumaed.org>, 2007.
47. Gardner, W., Murphy, M., Childs, G., Kelleher, K., Pagano, M., & Jellinek, M. (1999). The PSC-17: A brief pediatric symptom checklist with psychosocial problems subscales. *Ambulatory Child Health*, 5, 225-236.
48. Ciechanowski, P. et Katon, W. Posttraumatic stress disorder: *Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, and diagnosis*, extrait de <http://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-epidemiology-pathophysiology-clinical-manifestations-course-and-diagnosis>, non daté.
49. Burkle, F. Acute-Phase Mental Health Consequences of disasters: Implications for triage and emergency medical services, *Annals of Emergency Medicine*, vol. 28, n° 2, p. 119-128, extrait de [http://dx.doi.org/10.1016/S0196-0644\(96\)70051-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0196-0644(96)70051-3), 1996.
50. Kalayjian, A., Kanazi, R. L., Aberson, C. L. et Feygin, L. A cross-cultural study of the psychosocial and spiritual impact of natural disaster, *International Journal of Group Tensions*, p. 31, n° 2, p. 175-186, 2002.
51. Witteveen, A. B., Bramsen, I., Twisk, J. W., Huizink, A. C., Slottje, P. et Smid, T. Psychological distress of rescue workers eight and one-half years after professional involvement in the Amsterdam Air Disaster, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 195, n° 1), p. 31-40, 2007.

Pour tout questions concernant cet guide,
veuillez contacter :

Laurie Pearce, Ph.D., Research Chair, JIBC
#302-715 McBride Blvd., New Westminster, BC
Canada V3L 5T4 Email: lpearce@jibc.ca

Cette recherche a bénéficié de fonds du Programme canadien pour la sûreté et la sécurité,
Centre des sciences pour la sécurité, Recherche et développement pour la défense Canada,
et Services d'aide aux employés (SAE), Santé Canada, est le champion de notre projet



Defence Research and
Development Canada

Recherche et développement
pour la défense Canada



Health
Canada

Santé
Canada