

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

République du Mali

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire 2022-2023

Thèse N°/...../

TITRE

**Etude des aspects épidémiocliniques et
thérapeutiques du Psycho traumatisme au
Service de Psychiatrie du CHU Point G**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le..... Devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par :

Monsieur Cheick Oumar KONE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Membres du Jury

Président : M. Thomas COULIBALY, *Maitre de conférences*

Membres : M. Aperou dit Eloi DARA, *chargé de cours*

: M. Salia KEITA, *Maitre-Assistant*

Co-directeur : M. Joseph TRAORE, *chargé de recherche*

Directeur : M. Souleymane dit Papa COULIBALY, *Maitre de conférences*

DEDICACES

Les mots ne sauront exprimer le respect et la reconnaissance que j'éprouve pour ce travail tout en remerciant le tout puissant de m'avoir accompagné tout au long de ce cycle. Dans les moments de faiblesse tu m'as relevé, dans les moments de tristesse tu as été présent, dans mes moments de joie tu m'as accompagné, Merci, pour la sagesse, l'intelligence, le courage, la force que tu m'as donné tout au long de mon cursus. Merci pour ton amour infini et ta présence à mon égard Que toute la gloire te soit rendue. Que toutes langues confessent que tu es l'Unique et le Vrai, que tous genoux fléchissent et reconnaissent ta Seigneurie.

Je dédie ce travail à ma famille dont l'aide fut précieuse pour la réalisation de ce rêve. Mention spéciale à mon feu père Adama KONE qui a été ma source d'inspiration qui, toujours au parfum de mes faits et gestes, n'a jamais cessé de m'encourager pour me tenir loin de la mauvaise fréquentation, homme intègre tu nous as appris le sens de la responsabilité, du devoir, du bien fait et de la culture de l'excellence qui pour toi sont les meilleures manières pour une personne de s'affirmer. Connu pour ton grand amour pour le travail, que tu as su inculquer en moi, m'a beaucoup aidé dans la réalisation de ce document. Tes innombrables sacrifices ont été une véritable preuve d'amour pour tes enfants et il va de soi que tu en récoltes des fruits si tu étais là. C'est particulièrement grâce à toi que je suis à ce stade de ma vie. Tu es un modèle pour moi et te faire plaisir a toujours été mon objectif principal pour que tu sois fier de moi. Ce travail est le fruit de ton dévouement pour la réussite de tes enfants. Je te remercie de m'avoir inscrit à l'école, tu m'as appris à pouvoir compter sur le travail, tu m'as appris à aider les autres et à n'envier personne. Trouve ici cher père, à travers ce présent travail ma reconnaissance. Puisse ALLAH t'accorder le paradis éternel inchaAllah. Amen ! A notre infatigable mère Fanta CISSOUMA Source de notre vie qui, nuit et jour a été à la forge pour que nous ses enfants soient responsables. Et sans jamais se plaindre, même d'une once de fatigue.

Mère irréprochable, ton grand courage, ta sagesse, ton souci pour le bien être de tout le monde font de toi une femme admirée et respectée de tous. Que ce travail réjouisse ton cœur. Puisse ALLAH t'accorder meilleure santé et longue vie à côté de tes enfants. Amen !

REMERCIEMENTS

YA RAHMANI

Je rends grâce à ALLAH, le Tout miséricordieux, le Très miséricordieux et son envoyé MOHAMED (PSL) pour la réalisation de ce travail.

Mes remerciements vont également à l'endroit du seigneur de m'avoir accordé la permission d'accomplir ce travail.

A mon Père Feu Adama Kone, ce travail est le vôtre, que vous accueil dans son paradis éternel. Amina yarabi.

A ma Mère Fanta Cissouma je serais votre fierte incha Allah.

A la grande famille Koné de Sikasso :

Pour l'éducation, la confiance, le soutien et l'affection que vous m'avez témoignés. Vous êtes pour moi une figure de la réussite basée sur le travail bien fait. Je n'ai pas de mot pour qualifier avec exactitude ce que vous avez fait pour moi. J'ose juste espérer que vous trouverez votre satisfaction en ce travail. Qu'Allah vous accorde une longue et pieuse vie.

A mes très chère Tantes :

Pour m'avoir inculqué la tolérance, la tendresse envers autrui. Vous êtes pour moi la personnification de l'amour et de la patience. Merci d'avoir été une source affection ayant toujours su m'écouter, me conseiller, m'épauler, et me soutenir dans les moments les plus difficiles, je te dis merci. Qu'Allah te protège chère mère.

A mes frères et sœurs

Maimounata, Mamadou NDiaward, NTio dit Abdoulaye, Aboubacar, Kassim, El Bechir, Fatoumata, tous Kone.

En reconnaissance du soutien, de la complicité, de l'admiration en souvenir des moments agréables malgré mes absences et mes changements d'humeurs.

A mes cousins (es) et amis (es)

Merci pour la sympathie et la collaboration.

A mes maîtres du primaire, du secondaire et du lycée

Pour m'avoir offert la formation de base. Merci !

A mes aînés, mes mentors Dr Mahamadou KONE, Dr Aleye DIAH, Dr Adama A TRAORE

Merci pour vos conseils lumineux, vos soutiens. Que DIEU vous le rende au centuple.

A mes collègues et ami(e)s

Je vous dis merci parce que j'ai beaucoup appris, merci pour votre temps, présences, amitiés, de beaux moments passés ensemble, moments de tristesse et autres. Merci pour tout que le bon Dieu vous bénisse abondamment vous et vos familles, bonne et belle carrière à vous.

Au corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) et de la Faculté de pharmacie (FAPH)

Merci pour le dévouement pour une formation de qualité.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Thomas COULIBALY

- ✚ Maître de conférences à la FMOS
- ✚ Praticien hospitalier au CHU Point G
- ✚ Chef de service de la Neurologie du CHU Point G
- ✚ Spécialiste en Neurologie
- ✚ Titulaire d'un certificat en Neurosciences et en Neuro-oncologie
- ✚ Membre de la Société Malienne de Neurosciences (SMN)
- ✚ Membre de la Société de Neurologie du Mali
- ✚ Membre de la Société Malienne de génétique humaine
- ✚ Membre et représentation sub-saharienne de l'Association des Neuro Oncologues à Expression Française (ANOCEF) Cher maître,

Ce fut pour nous une grande fierté de nous compter parmi vos élèves. Votre amour pour la profession, votre souci pour le travail bien fait, votre engagement pour nous procurer une bonne formation, votre simplicité, votre disponibilité, votre générosité, vos qualités d'homme de science très méthodique, votre quête perpétuelle de savoir font de vous une référence et un exemple. C'est un grand honneur que vous nous faite en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations,

Recevez ici cher maître l'expression de notre haute considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr. Salia Keita

- + Diplômé d'étude spécialisée santé publique de la faculté de Médecine et de pharmacie de Fès Maroc de l'Université Sidi Mohamed Ben Abdallah
- + Master 2 en action de santé Publique à l'Université Claude BERNARD Lyon 1 en France,
- + Maitre-assistant à l'USTTB département de santé publique.

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Recevez, cher Maître nos sentiments de profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Apérou dit Eloi DARA

- ✚ Médecin psychiatre, praticien hospitalier au CHU Point G ;
- ✚ Diplômé en psycho traumatologie ;
- ✚ Chargé de cours à la FMOS ;
- ✚ Membre de la société malienne de santé mentale ;
- ✚ Membre de la société africaine de santé mentale

*Cher Maitre, C'est un grand honneur que vous nous faite en acceptant de siéger dans ce jury, votre simplicité et votre grande culture font de vous un maître admiré de tous, Veuillez trouver ici l'expression notre profonde gratitude. **Que (AMBA) vous prête longue vie***

À NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Souleymane dit Papa COULIBALY

- ✚ Médecin Psychiatre, chef du service de psychiatrie du CHU Point-G ;
- ✚ Maître de conférences à la FMOS ;
- ✚ Ancien interne des Hôpitaux du Mali ;
- ✚ Membre de la Société Malienne de Santé mentale (SOMASAM) ;
- ✚ Secrétaire Général à l'Organisation de la Société Malienne de Santé mentale ;
- ✚ Secrétaire Général de la Société Africaine de santé Mentale (SASM) ;
- ✚ Membre de la Société Malienne de Neurosciences.

Cher Maître, vous nous avez fait un immense honneur en nous acceptant dans votre équipe de recherche. Tout au long de ce travail, nous avons apprécié vos grandes qualités tant humaines que scientifiques, vos enseignements, votre sens élevé de la responsabilité, votre abord facile et surtout votre quête de la perfection dans le travail. Cher Maître, vous avez cultivé en nous l'esprit d'équipe, l'endurance, la persévérance, le travail bien fait et surtout la patience. Puisse ALLAH vous accorder une longue vie avec une santé de fer, plein de succès dans vos projets.

À NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Joseph TRAORE

- ✚ Psychiatre d'Adultes ;
- ✚ Géro-psycho-psychiatre diplômé de l'Université Pierre et Marie Curie (France) ;
- ✚ Spécialiste de Psycho traumatisme diplômé de l'Université Paris Descartes Comté (France) ;
- ✚ Praticien hospitalier au service de Psychiatrie au CHU Point G,
- ✚ Chargé de recherche à la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie (FMOS) ;
- ✚ Trésorier de la Société Malienne de Santé Mentale (SOMASAM)
- ✚ Membre de la Société Africaine de Santé Mentale (SASM) ;
- ✚ Secrétaire administratif de la Société Malienne de Neurosciences.

Cher Maître, c'est un réel plaisir d'être parmi vos élèves. Votre simplicité, votre piété et votre humanisme font de vous un Maître exemplaire, Puisse le Seigneur Jésus-Christ vous couvrir de sa Miséricorde, Veuillez recevoir ici nos considérations.

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

APA	: American Psychiatry Association
ATCD	: Antécédents
CUMP	: Cellule d'Urgence Médico-Psychologue
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CIM-10	: Classification interventionnelle des troubles mentaux et des troubles du comportement (10 ^e édition)
DSM-III	: Diagnostic and Statistical Annual of Mental Disorders (3 ^e edition)
DSM-IV	: Diagnostic and Statical Annual of Mental Disorders (4 ^e edition)
DSM-V	: Diagnostic and Statical Annual of Mental Disorders (5 ^e edition)
ESA	: Etat de Stress Aigu
ESPT	: Etat de stress Post Traumatique
MT	: Médecine traditionnelle
OMS	: Organisation Mondial de la Sante
PCL-S	: Post-traumatic stress disorder Checklist scale
PTSD	: Post traumatic stress Disorder
SCZ	: Schizophrénie
TCA	: Trouble de Conduite Alimentaire
TSPT	: Trouble de Stress Post Traumatique

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des patients selon la tranche d'âge.....	29
Tableau II: Répartition des patients selon l'ethnie.....	31
Tableau III: Répartition des patients selon la profession.....	31
Tableau IV: Répartition des patients selon le niveau d'étude.	32
Tableau V: Répartition des patients selon le délai entre la survenue de l'évènement traumatique et le début de la prise en charge.....	34
Tableau VI: Répartition des patients selon les substances consommées.....	34
Tableau VII: Répartition des patients selon le type d'évènement traumatique.....	35
Tableau VIII: Répartition des patients selon l'origine de la demande de consultation. .	36
Tableau IX: Répartition des patients selon le motif de consultation.....	37
Tableau X: Répartition des patients selon les types de complications psychiatriques. ...	40
Tableau XI: Répartition des patients selon la prise en charge médicamenteuse.	43
Tableau XII: Répartition des patients selon le traitement non médicamenteux.....	43
Tableau XIII: Répartition des patients selon l'administration de l'auto-questionnaire ou PCL-S 5	44
Tableau XIV: Répartition selon le type de trauma (agression sexuel) en fonction du type du sexe.	45
Tableau XV: Répartition selon le type de trauma (agression sexuel) en fonction de la situation matrimoniale.....	45

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition des patients selon le Sexe	30
Figure 2: Répartition des patients selon leur Localité.	32
Figure 3: Répartition des patients selon les croyances religieuses.....	33
Figure 4: Répartition des patients selon le statut matrimonial.	33
Figure 5: Répartition des patients selon la survenue d'évènements traumatiques.	36
Figure 6: Répartition des patients selon les signes cliniques dominants.....	38
Figure 7 : Répartition des patients selon le diagnostic de prise en charge au début.	38
Figure 8: Répartition des patients selon l'antécédent psychiatrique familial.....	39
Figure 9: Répartition des patients selon l'antécédent psychiatrique personnel.....	39
Figure 10: Répartition des patients selon la présence de comorbidité somatique.....	40
Figure 11 : Répartition des patients selon le type de comorbidités somatiques.....	41
Figure 12: Répartition des patients selon la comorbidité somatique.	41
Figure 13 Répartition des patients selon le mode de suivi	42
Figure 14: Répartition des patients selon le mode de traitement.	42
Figure 15: Répartition des patients selon l'évolution de leur état sous traitement.....	44

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
I. OBJECTIFS	4
1. Objectif général.....	4
2. Objectifs spécifiques.....	4
II. GENERALITES :.....	6
1. Définition :.....	6
2. Historique :.....	7
3. Epidémiologie :.....	9
4. Modèles Théoriques.....	15
5. Traitements	18
III. MATERIELS ET METHODE	23
4.1. Cadre d'étude	23
1. Considérations éthiques et déontologiques	27
IV. RESULTATS	29
3.1. Caractéristiques sociodémographiques	29
3.2. Aspects cliniques	34
V. COMMENTAIRES/DISCUSSION	47
La prise en charge et l'évolution thérapeutique	50
VI. CONCLUSION	52
VII. RECOMMANDATIONS.....	54
VIII. REFERENCE	55

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le psycho trauma est une réponse émotionnelle causée par des événements extrêmement stressants qui sont en dehors de la plage normale des expériences humaines [1].

Le trouble du stress post-traumatique (TSPT) ou post-traumatic stress disorder (PTSD) ou état de stress post-traumatique (ESPT) est un trouble réactionnel. C'est un état d'anxiété sévère pouvant se développer directement à la suite d'une situation traumatisante. Mais il peut aussi se déclencher des mois, voire des années après le choc [2].

Le traumatisme est un événement extrêmement négatif qui s'est présenté de façon soudaine et imprévisible et qui a mis la personne en état de choc émotionnel. Lorsque les capacités d'adaptation de l'organisme sont dépassées, alors le traumatisme se déclenche, en fonction de la violence de l'événement, qu'il soit répété ou non. Ainsi il y a deux types de TSPT possibles. Le premier arrive à la suite d'un événement traumatique unique et inattendu, qui se présente une seule fois de façon ponctuelle et qui représente une menace vitale et aiguë (un attentat, par exemple)[3]. Le second est l'état de stress post-traumatique complexe qui survient lorsque la personne a été soumise à une succession d'événements traumatiques pendant un certain temps, ou à répétition.

La mise à jour du trouble de stress post-traumatique (TSPT) dans la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM5) met l'accent sur la définition du traumatisme psychologique en tant qu'événement objectif et externe. La confrontation à une situation violente, la peur pour sa propre vie, une menace pour son intégrité ou celle d'un proche, peuvent provoquer un traumatisme psychique, un psycho traumatisme. Autrement dit une perturbation aiguë ou durable, plus ou moins intense, de l'équilibre psychique[16].

Les troubles psychiques d'origine traumatique sont beaucoup plus larges, rejoignant par certains côtés les analyses de Freud sur l'impact des événements traumatiques vécus dans l'enfance (1880-1900).

Les traumatismes et la perte de proches sont des événements courants. Lors d'une étude menée par l'OMS en 2013 dans 21 pays, plus de 10% des personnes interrogées ont indiqué avoir été témoins de violences (21,8%); avoir été victimes de violences interpersonnelles (18,8%), d'accidents (17,7%) ou de la guerre (16,2%); ou encore avoir été témoins d'un traumatisme chez un proche (12,5%). Selon cette même étude, près de 3,6% de la population mondiale avait souffert d'un état de stress post-traumatique au cours de l'année précédente.[6]

Les études épidémiologiques dans le cadre du psycho trauma ont été essentiellement américaines jusque ces dernières années. On peut néanmoins relever deux grandes études de santé mentale européenne (ESEMED, 2003) et française (Enquête SMPG, 2003) dans lesquelles ESPT est incluses événements potentiellement traumatisants les plus évoqués lors de l'ESEMED sont la mort inattendue d'un être proche (24,6 %), avoir été témoin de la mort ou de la blessure grave d'une personne (20,6 %), être porteur d'une maladie mortelle, et avoir été impliqué dans un accident de la circulation (11,7 %). Une étude publiée entre 2008 et 2020 et portant sur 97 616 adolescents, les chercheurs ont relevé les prévalences suivantes : SSPT dans une étude (21,5 %) et pensées suicidaires (20,8 %)[7].

En Afrique subsaharienne de récentes enquêtes ont été menées auprès des populations spécifiques ou dans des zones de conflit. Dans une étude ayant pour objectif de déterminer les rapports entre les agressions sexuelles et les troubles de santé mentale à l'est de la République Démocratique du Congo, Johnson et al ont rapporté une prévalence de 50.1 % répondaient aux critères de symptômes du TSPT [9]. Un taux de 34.9 % d'ESPT a été retrouvé auprès des ex-enfants-soldats en Ouganda et en République démocratique du Congo affirme Bayer ; Christophe Pierre [27].

Au Mali, les troubles psycho traumatique sont courants chez les personnes touchées par la guerre et les conflits armés.

La pertinence de la présente étude est soulignée dans ce contexte, compte tenue de l'ampleur du problème et de la rareté de la littérature nationale sur le thème. Le but de ce thème était de déterminer l'aspects épidémiologiques et cliniques de psycho-traumatisme au service de psychiatrie du CHU Point G.

OBJECTIFS

I. OBJECTIFS

1. Objectif général

Étudier les aspects épidémiologiques et cliniques de psycho-traumatisme au service de Psychiatrie du CHU du Point G et facteurs associe.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence hospitalière de psycho traumatisme au service de Psychiatrie du C.H.U du point G ;
- Déterminer les caractéristiques cliniques de psycho traumatisme au service de Psychiatrie du C.H.U du point G ;
- Déterminer les éléments de la prise en charge thérapeutique de psycho-traumatisme au service de Psychiatrie du C.H.U du point G.

GENERALITES

II. GENERALITES :

1. Définition :

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un trouble qui se développe à la suite de l'expérience d'un événement très stressant, qui implique une confrontation avec la mort ou la menace de mort, de blessure grave ou de violence sexuelle.

L'état de stress aigu est un ensemble de symptômes caractéristiques qui peut se développer en réaction à l'exposition à un ou des événement(s) traumatique(s). Il implique généralement une réponse d'anxiété qui inclut certaines formes de reviviscence ou de réactivité à l'événement traumatique.[9]

Crocq (1999) définit le traumatisme psychique comme « un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur ». [10]

Le diagnostic d'état de stress aigu peut être posé, selon les critères du DSM-5, de 3 jours à 1 mois après l'exposition à un ou des événement(s) traumatique(s). Après un mois, le diagnostic d'état de stress post-traumatique doit plutôt être considéré.[16]

L'état de stress post-traumatique est un ensemble de symptômes caractéristiques qui se développe suite à l'exposition à un ou des événements traumatiques.[11]

Selon les critères diagnostiques du DSM-5, ces symptômes sont de quatre types :

- la reviviscence;
- l'évitement;
- Les altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur ;
- l'hyper-réactivité.

2. Historique :

Le terme grec de **Trauma**, réservé dans un premier temps de l'histoire médicale aux atteintes et lésions corporelles, est définitivement introduit dans l'univers de la psychiatrie à la fin du XIX^{ème} siècle, pour décrire les « blessures » physiques et psychiques présentés par les premières victimes des accidents de chemin de fer. L'appellation « névrose traumatique » entre ensuite dans les nosographies avec Oppenheim au moment même où naît la psychanalyse... Freud s'interroge naturellement sur les faits de séduction traumatiques exercés sur ses patientes, accordant dans un premier temps un poids conséquent à la réalité des traumatismes subis et aux souvenirs pathogènes. [12]

En 1888, l'Allemand Herman Oppenheim crée le terme de « névrose traumatique » pour désigner les troubles psychiques particuliers consécutifs aux accidents (dont les accidents de chemin de fer) et caractérisés surtout par le souvenir obsédant de l'accident, les troubles du sommeil avec cauchemars de reviviscence, les phobies électives (dont la sidérodromophobie ou phobie du chemin de fer) et la labilité émotionnelle. Dans ses considérations théoriques, Oppenheim opte sans ambiguïté pour la thèse psychogénique, incriminant l'effroi (schreck), qui provoque un ébranlement psychique (seelische erschütterung) « tellement intense qu'il en résulte une altération psychique durable ». [13] Hérodote est l'un des premiers à décrire les effets d'un choc psychologique, chez un soldat athénien, au livre VI de son Histoire, écrit vers 450 av. J.-C. [14]

C.Barrois, L.Crocq et F. Lebigot sont des auteurs français de référence. C. Barrois, psychiatre-psychanalyste, a conceptualisé « Les Névroses Traumatiques » à partir des travaux de Freud. L. Crocq, psychiatre s'est appuyé sur les travaux de Fenichel pour étudier le phénomène traumatique dans toute sa diversité, F. Lebigot fait référence non seulement à Freud mais surtout à Lacan pour son modèle du trauma psychique. [14]

En témoignent les premiers récits de guerre et combats, qualifiant les soldats traumatisés de couards et de simulateurs dès le XVII^{ème} siècle, ou à l'inverse les théories organicistes mettant en avant la gravité neurologique des chocs subis par les victimes d'accidents au XIX^{ème} siècle ou enfin les évolutions actuelles centrées sur le Post Traumatique Stress Disorder toujours embarrassées par la singularité des vécus traumatiques. [12]

La guerre du VIETNAM (1964-1973) particulièrement éprouvante pour les soldats américains qui avaient l'impression de se battre pour rien, surtout avec une opinion publique défavorable, développaient le post-Vietnam syndrome qui comporte des sentiments de culpabilité vis à vis des camarades morts au front, le sentiment d'être des boucs émissaires de cette guerre, des accès d'agressivité, l'impression d'être devenus des machines à haïr et à tuer, la perte de toute

humanité et de tout sentiment de compassion, et enfin l'incapacité à aimer ou être aimé par les autres ; des milliers d'anciens combattants du Vietnam sont morts chaque année en raison de l'exposition à l'agent Orange, du SSPT / suicide.[15]

La réflexion sur le trauma est aussi ancienne que la violence des hommes et leur interrogation face à l'irruption incompréhensible de la mort. Mais il a fallu attendre la fin du XIXe siècle pour que l'entité « névrose traumatique » soit proposée par Herman Oppenheim (38). Cela étant, on peut distinguer quatre périodes dans l'historique du trauma : les précurseurs ; les fondateurs ; les continuateurs ; les novateurs.[13]

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) a une histoire longue et compliquée. Pendant la guerre civile, il s'appelait le syndrome de Da Costas, du nom du médecin qui publiait sur les symptômes troublants qu'il voyait chez les soldats des deux côtés de la bataille. Ils souffraient d'essoufflement, de pouls rapide et de fatigue pendant les périodes de stress, et surtout lorsqu'ils se rappelaient certains aspects de la bataille. Le choc des obus, la fatigue au combat, le syndrome post-Vietnam et le syndrome de la guerre du Golfe étaient tous des noms donnés aux symptômes du SSPT avant qu'il ne soit officiellement ajouté au DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) en tant que trouble anxieux en 1980. Il a depuis été changé en un trouble lié aux traumatismes et aux facteurs de stress. Le service militaire et le SSPT sont souvent liés en raison du danger auquel les hommes et les femmes des forces armées sont confrontés. Leur capacité à faire preuve de grâce et à présenter leur calme après des expériences traumatisantes dans des situations mettant leur vie en danger peut souvent être mal interprétée par ceux qui les entourent comme étant « bien ». La réalité des zones de guerre les oblige souvent à aller de l'avant sans avoir la possibilité de traiter le traumatisme comme d'autres civils pourraient le faire. Un éclair de lumière, un bruit ou un mouvement inattendu peut déclencher une mémoire discordante pour les membres du service, ce qui leur fait souffrir de SSPT. Les symptômes peuvent être pénibles pour la vie quotidienne et créer des expériences traumatisantes quotidiennes. Dans le passé, l'image du soldat courageux rendait presque impossible pour de nombreux anciens combattants de reconnaître, de discuter et d'obtenir de l'aide pour le SSPT. L'abus d'alcool, la toxicomanie, la dépression, les douleurs musculo squelettiques et d'autres maladies sont souvent liés au SSPT et peuvent causer des problèmes dans la vie familiale et professionnelle, créant de la détresse pour les anciens combattants et les personnes qui se soucient le plus d'eux.[15]

3. Epidémiologie :

3.1 Prévalence

Aux États-Unis, le risque sur la vie entière pour le TSPT défini en utilisant les critères du DSM-V est de à 8,7 % à 75 ans (Kessler et al. 2005a). La prévalence à 12 mois chez les adultes est d'environ 3,5 % aux États-Unis (Kessler et al. 2005b). [16]

Des estimations inférieures ont été trouvées en Europe et dans la plupart des pays d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine, s'élevant à environ 0,5-1,0 % (Hinton et Lewis-Fernández 2011). Bien que des groupes différents aient des niveaux différents d'exposition à des événements traumatiques, la probabilité conditionnelle de développer un TSPT après un degré semblable d'exposition peut aussi varier selon les groupes culturels (Hinton et Lewis-Fernández 2011). Les taux de TSPT sont plus élevés parmi les vétérans et d'autres personnes dont la profession augmente le risque d'exposition traumatisante (p. ex. policiers, pompiers, personnel médical de secours). Les taux les plus élevés (allant d'un tiers à plus de la moitié de ceux qui sont exposés) sont trouvés parmi les personnes ayant survécu à un viol, un combat militaire, une captivité, ou un internement ou un génocide pour des raisons ethniques ou politiques. La fréquence du TSPT peut varier selon le stade du développement. Chez les enfants et les adolescents, y compris les enfants préscolaires, on a habituellement montré une fréquence relativement peu élevée après l'exposition à des événements traumatisants sérieux ; cependant, cela peut être lié au fait que les critères utilisés précédemment étaient insuffisamment détaillés sur le plan développemental (Scheeringa et al. 2011). La prévalence du TSPT répondant entièrement aux critères diagnostiques semble également être plus basse chez les adultes plus âgés comparativement à la population générale ; il semble que les cas de TSPT ne répondant pas entièrement aux critères diagnostiques sont plus fréquents que ceux qui y répondent entièrement chez les personnes âgées et que leurs symptômes sont associés à une altération clinique importante (Thorp et al. 2011). En comparaison avec les Américains blancs non hispaniques, des taux de TSPT plus élevés ont été rapportés chez les Américains d'origine hispanique, les Afro-Américains et les Indiens d'Amérique, et des taux moins élevés chez les Américains d'origine asiatique, après ajustement selon l'exposition traumatique et les variables démographiques (Beals et al. 2002 ; Hinton et Lewis-Fernández 2011 ; Perilla et al. 2002).

Le psycho traumatisme est un trouble mental qui survient après un événement traumatisant. Le génocide de 1994 au Rwanda a été l'un des événements les plus traumatisants de l'histoire moderne. Les survivants ont souffert de dépression, d'anxiété, de stress post-traumatique. Plusieurs études conduites au Rwanda ont montré que la prévalence du Trouble de Stress Post-Traumatique peut atteindre 19% à 25% de la population générale, jusqu'à 20 ans après le

génocide, ce qui est extrêmement élevé comparativement à la prévalence mondiale, estimée à environ 3% à 4%. [17]

Facteurs de risque

Les facteurs de risque ou de vulnérabilité contribuent à la probabilité que l'exposition à un événement traumatique ait des conséquences à long terme sur la santé mentale.

Ils sont associés au développement, au maintien ou à l'exacerbation de la symptomatologie. Ils représentent un véritable enjeu en termes de mesures préventives primaires et secondaires.

On peut distinguer trois catégories de facteurs, les pré-traumatiques, dont les caractéristiques sont préexistantes au trauma, les péri-traumatiques, dont les particularités sont présentes lors de l'évènement et immédiatement après, et enfin les post-traumatiques, dont les caractéristiques surviennent à la suite du trauma.

Les facteurs pré-traumatiques

On retrouve les antécédents psychologiques et psychiatriques personnels et familiaux, l'existence d'évènements traumatiques antérieurs, le sexe féminin : facteur de risque indiscutable (à niveau d'exposition égale, il multiplie par deux le risque de PTSD), ainsi que le bas niveau socioéconomique que Breslau décrit, en 1998, comme facteur probant. En revanche, les résultats de la National Comorbidity Survey indiqueraient la vulnérabilité du jeune âge non comme un facteur de risque, mais plutôt comme un facteur lié à une plus forte Comorbidité ou à un niveau de préparation psychologique moindre. [18]

Les facteurs péri-traumatiques

Ont pris en compte le type d'évènement vécu, sa sévérité et le fort niveau de stress.

Les facteurs post-traumatiques

Sont retrouvés dans les situations de vie stressantes, la présence de symptômes dépressifs, l'existence d'un état de stress aigu chez le sujet traumatisé, et un soutien social absent inefficace ou négatif.

Facteurs protecteurs

Le soutien social : il est reconnu comme étant un réel facteur protecteur. En effet, il dépend à la fois de l'individu et de son entourage familial et social proche, aussi de la précocité du secours et des soins, aussi de l'aide financière éventuelle de la communauté. Il existe une revue de la littérature importante concernant le soutien social et ses implications dans la santé mentale ; c'est ainsi qu'une étude récente a confirmé les liens entre le soutien social et la protection contre les troubles psychiques, notamment les dépressions et l'effondrement de l'estime de soi.

Les méta-analyses ont identifié l'absence de soutien social comme un facteur de risque prédictif de l'ESPT.

Résilience : La revue effectuée par Hoge a exploré le rôle du facteur "résilience" dans la survenue d'un ESPT. Ce facteur qui englobe des caractéristiques psychologiques et biologiques permettrait à l'individu de faire face et/ou résister, aux conséquences psychologiques possibles d'un événement traumatique.[19]

3.2 Clinique

Selon plusieurs études, 10 à 30 % des individus exposés à un événement traumatique (victime, témoin ou acteur d'un événement soudain, inattendu et confrontant au réel de la mort), développeraient un état de stress post-traumatique.

Dans environ 15 % des cas, les symptômes apparaissent de manière différée, après une phase de latence (aussi appelée de rumination, d'incubation ou encore de méditation) ; il s'agit d'une période asymptomatique de quelques jours, mois voire des années.

3.3 Signe

L'ESPT est composé de la triade : reviviscence, évitement et hyperactivation neurovégétative : Les reviviscences sont des intrusions involontaires et itératives, à type de cauchemars, hallucinations et flashbacks. Elles constituent le « syndrome de répétition » qui est pathognomonique de l'ESPT, le sujet revit pleinement (comme s'il y était) l'évènement traumatogène assorti de toute sa charge sensorielle et émotionnelle.

Le comportement d'évitement concerne tous les stimuli évocateurs du trauma (couleur, son, situation, lieu...). A terme, il aboutit fréquemment à une modification durable de la personnalité avec irritabilité, détachement émotionnel, repli sur soi (majoré par le sentiment d'incommunicabilité de l'expérience), marginalisation, parfois assortie de troubles des conduites (agressivité et troubles alimentaires), mais également de troubles psychosomatiques. L'hyperactivation neurovégétative se manifeste par des sursauts, des troubles du sommeil et un état d'alerte permanent[3].

3.4 Comorbidités

A côté de cette triade, il ne faut pas négliger tous les troubles Comorbides comme les conduites addictives (alcool et drogues), les syndromes dépressifs et les troubles du spectre anxieux. L'ESPT impacte donc significativement la vie sociale, professionnelle et familiale du sujet et constitue un lourd fardeau handicapant.

Il existe souvent un retard diagnostique de l'ESPT de par la méconnaissance de cette entité trans-nosographique et par le diagnostic différentiel des troubles co-morbides :

- La dépression majeure, trouble le plus représenté en association avec L'ESPT (48-68%),

- Le trouble anxieux généralisé,
- Le trouble panique,
- La phobie sociale (28%),
- Et les conduites addictives (35-70%).

3.5 Critères diagnostiques

L'état de stress post-traumatique (ESPT) ou post-traumatic stress disorder (PTSD) en anglais, est une entité reconnue et décrite en fonction de plusieurs critères diagnostiques dans le DSMIV [20]

✓ Le critère A :

Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents. Il concerne l'exposition du sujet à un événement traumatique. Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un ou des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.

La réaction de la personne à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

✓ Le critère B :

L'événement traumatique est constamment revécu de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes, il reprend une catégorie de symptômes concernant des reviviscences intrusives de certains aspects de l'événement, tels que des souvenirs répétitifs et envahissants, des flash-back soudains, des rêves répétitifs et des réactions physiologiques lors de l'exposition à certains indices rappelant l'événement[21]. Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images des pensées ou des perceptions. Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. Impression ou agissements soudains "comme si" l'événement allait se reproduire (incluant des illusions, des hallucinations et des épisodes dissociatifs, flash-back)[10]. Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

✓ Le critère C :

Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale, comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

- (1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme
- (2) Efforts pour éviter les activités, les endroits où les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme
- (3) Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
- (4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes
- (5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres
- (6) Restriction des affects
- (7) Sentiment d'avenir bouché

✓ **Le critère D :**

Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- (1) Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
- (2) irritabilité ou accès de colère
- (3) Difficultés de concentration
- (4) Hypervigilance
- (5) Réaction de sursaut exagérée[4].

✓ **Le critère E :**

Quant à lui, précise la durée des symptômes contenus dans les trois critères précédents, qui doit être de plus d'un mois.

✓ **Le critère F :**

Le critère précise que l'ensemble du tableau symptomatique présenté doit entraîner une souffrance cliniquement significative, une altération du fonctionnement social et/ou professionnel ou dans d'autres domaines importants chez l'individu traumatisé.

Enfin spécifier les PTSD :

Aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois

Chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

A survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

Evaluation par les échelles psychométriques

Échelle d'impact de l'événement- Révisée (IES-R) : L'IES est l'instrument auto rapporté concernant l'ÉSPT qui est le plus ancien et le plus utilisé.

Il est composé de 22 items, évalués sous cinq niveaux de sévérité. Leur moyenne ou leur somme permet d'obtenir trois sous-scores (intrusion, évitement et hyperactivité neurovégétative) sur lesquels un score de sévérité global des symptômes d'ÉSPT est obtenu [Horowitz 1979]

Post-traumatique Checklist Scale (PCLS) : Le PCLS comporte 17 items, basés sur les critères diagnostiques de l'ÉSPT selon le DSM-IV, et vise l'évaluation de la sévérité de ce trouble.

La validité de la version originale anglaise a été investiguée dans une étude sur les vétérans du Vietnam de Weathers, Litz et Herman (1993, cités dans Lehel et Guay, 2006) de même que celle de sa version française [Yao, Cottraux & coll. 2003]

Échelle Modifiée des Symptômes Traumatiques (EMST) : L'EMS Test un instrument de mesure auto rapporté construit par Falsetti, Resnick, Resick et Kilpatrick (1993).

Les 17 items de cet instrument évaluent la sévérité et la fréquence des symptômes diagnostiques de l'ÉSPT selon le DSM-IV[20].

PTSD-Interview (PTSD-I) : Le PTSD-Ia été développé par Watson, Luba, Manifold, Kuvcala et Anderson (1991) sous la forme d'une entrevue structurée, traduit par Brunet (1995) et adapté en questionnaire auto rapporté dans une version française. Cet instrument comporte 25 items présentant sept niveaux de cotation qui permettent de mesurer la sévérité des symptômes et d'établir un diagnostic grâce à un seuil établi pour chaque item. Le PTSD-I fournit donc des mesures dimensionnelles et catégorielles. De plus, il permet de préciser si l'ÉSPT est actuel ou passé.

Treatment-Outcome Posttraumatique Stress Disorder Scale TOP 8: Le TOP 8 est un instrument auto rapporté développé par Davidson et Colket en 1997 à partir d'un entretien structuré. [Davidson, Smith et Kudler, 1989]. Les huit items de cet instrument peuvent être répondus en

fonction de cinq niveaux de cotation. Ces items sont évalués en fonction de la fréquence et de l'intensité. Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) : Les questions standardisées qui le composent permettent de déterminer la présence d'un ÉSPT passé ou actuel. Le CAPS constitue l'instrument de référence pour les cliniciens et chercheurs lorsqu'un diagnostic d'ÉSPT selon le DSM-IV doit être établi.[20]

3.6 Pronostic & évolution

Les psycho-traumatismes peuvent évoluer sous plusieurs formes :

- Un groupe restant dans le registre névrotique avec soit une atténuation ou guérison, soit une aggravation avec l'âge.
- Un groupe évoluant vers d'autres formes de pathologies mentales :
 - Manifestations psychosomatiques (désordres digestifs, HTA...)
 - Organisation hypocondriaque avec plaintes et demande de prise en charge complète.

Organisation psychotique : envahissement par des sentiments de persécution et de revendications paranoïaques délirantes ciblant souvent l'administration des pensions.[20]

4 Modèles Théoriques

4.1 Modèles neurocognitifs :

✓ Anatomie fonctionnelle du PTSD :

Les zones du cerveau impliquées dans la gestion des émotions sont capitales dans la genèse des états de stress. Le système limbique est le cœur du réseau, comprenant :

L'amygdale (au cœur des mécanismes conduisant à la peur et aux ESPT comme en témoigne la protection apportée par les lésions amygdaliennes. Les études montrent que si l'amygdale présente peu d'altérations anatomiques, elle réagit souvent excessivement à la présentation d'indices relatifs au trauma psychique initial).

L'hippocampe : mémorise le contexte dans lequel le stress s'inscrit. Une relation entre la réduction du volume anatomique de l'hippocampe et l'intensité du stress vécu est souvent rapportée.

Le système limbique s'articule en amont avec les zones de détection sensorielle (cortex primaire, thalamus) et corporelle (insula), et en aval avec les zones d'intégration : cortex frontal (centre du réseau cérébral impliqué dans les ESPT, Son volume anatomique et son activité fonctionnelle en réponse aux stimuli liés au trauma initial sont généralement réduits) et l'aire cérébrale cingulaire (ACC) qui joue un rôle dans la détection des conflits pour sa partie dorsale (ACC dorsale) et dans l'orientation vers une résolution de conflit pour sa partie antérieure (ACC ventrale). Les sujets souffrant de ESPT présente une hyperactivité de l'ACC dorsale, mais une hypoactivité de l'ACC ventrale.

L'ESPT est la résultante de deux conditionnements : le conditionnement de peur et celui d'extinction. L'apparition de réactions psychopathologiques à la suite d'un événement traumatique est normale, en revanche leur persistance serait liée à un défaut du conditionnement d'extinction.

Tel que nous l'avons déjà décrit, l'amygdale (mémoire émotionnelle) et l'hippocampe (Mémoire contextuelle) interagissent, en situation de danger, dans la formation de souvenirs en lien avec cette situation. In fine, lors de la confrontation à un événement traumatique chez les sujets qui vont par la suite développer l'ESPT, il existerait une hyperactivité de l'amygdale et un dysfonctionnement de l'hippocampe. Il y aurait ainsi une sur-consolidation du souvenir en mémoire émotionnelle et un déficit de la mémoire contextuelle.

4.2 Modèles neurobiologiques

Le cerveau se réorganise autour de la mémorisation de l'instant de confrontation au stresser. L'ESPT s'interprète comme la conséquence mentale d'un état de stress biologique inadapté,

quelle que soit l'inducteur du stress. C'est la marque d'un fonctionnement cicatriciel du système nerveux central (SNC).

Répondre à la question « Comment l'exposition à un stress conduit ou non à une dysfonction cérébrale ? » nécessite de comprendre la neurobiologie des états de stress, et donc en amont les mécanismes de régulation du stress.[22]

Hypothèse du « stress inadapté : Lors de l'exposition au stress, l'activation du locus coeruleus (LC) entraîne une libération de catécholamines (adrénaline et noradrénaline) dans l'ensemble du cerveau.

Les sujets souffrant d'ESPT présentent un excès de catécholamines dans le liquide céphalo-rachidien. Cet excès d'activation catécholaminergique pourrait participer à l'émergence de symptômes centraux (hyperéveil, flashbacks, mémorisation émotionnelle, etc.) et périphériques neurovégétatifs (tachycardie, hypertension artérielle, etc.).

Lors du trauma, catécholamines et glucocorticoïdes sont synergiques et renforcent la mémoire émotionnelle. Pourtant, une sécrétion insuffisante de glucocorticoïdes lors de la confrontation est considérée comme facteur de risque pour les ESPT. Les sujets victimes d'ESPT présentent de faibles taux de base de cortisol, conséquence d'une augmentation de la sensibilité de l'axe corticotrope au rétrocontrôle inhibiteur du cortisol.

Hypothèse d'« excès de réactivité cérébrale : L'existence de signes cliniques d'excès de réactivité cérébrale chez les sujets souffrant d'ESPT a suggéré que le cerveau pouvait être sous le coup d'un excès d'activation, d'un défaut d'inhibition, ou d'une combinaison des deux. L'excès d'activation est suggéré par l'intense libération cérébrale de catécholamines et de cortico releasing-factor (peptide libéré lors de la confrontation au stress au niveau des sites-clés du stress (amygdale et LC). Alors que le défaut d'inhibition est en rapport avec une dysfonction de la neurotransmission GABAergique (Le GABA intervient dans la vigilance, l'anxiété et la mémorisation).

Hypothèse de « dys-modulation fonctionnelle : L'équilibre de neurotransmission excitation/inhibition est modulé par des systèmes peptidergiques (neuropeptide Y ou opiacés) ou aminergiques (dopamine ou sérotonine). Ces systèmes modulateurs pourraient jouer un rôle important dans la vulnérabilité aux pathologies du stress.

Le neuropeptide Y (NPY) est un neurotransmetteur s'opposant à l'action activatrice des catécholamines et du CRF lors du stress. Il a donc une potentialité anxiolytique et régulatrice du stress. Il pourrait être impliqué dans l'ESPT puisque les vétérans avec ESPT ont des taux sériques de NPY inférieurs à ceux des vétérans indemnes.

Le système dopaminergique central est activé dans les états de stress. Il libère de la dopamine dans le cortex frontal et dans de nombreuses structures sous-corticales impliquées dans les émotions. Un fort tonus dopaminergique interviendrait dans l'activation puis la sélection des comportements appropriés dans une logique de balance cortico/sous-corticale. Les patients porteurs d'ESPT présentent une augmentation de l'élimination urinaire de dopamine.

Hypothèse d'« excès de mémorisation » : La liaison entre ESPT et mémorisation coule de source puisque la mémorisation de l'épisode traumatique et son retour inévitable constituent le cœur de la pathologie.

Cette observation peut s'expliquer de trois manières différentes non exclusives

1. un excès de mémorisation initiale,
2. un déficit d'extinction de la mémorisation traumatique,
3. une reconstruction anormale du cerveau figeant l'instant dans son impériosité.

L'excès de mémorisation lors de la confrontation au stressor correspond à un véritable remodelage du cerveau autour de l'instant traumatique. La mémorisation de ce dernier concerne son contexte via l'hippocampe et surtout sa charge émotionnelle via l'amygdale.

La mémorisation émotionnelle amygdalienne ne se contente pas de signaler le contexte traumatique, elle participe par une véritable réorganisation du cerveau autour de l'émotion accompagnant la confrontation stressante.

✓ **Récapitulatif**

Une conception rigoureuse des bouleversements que l'effraction détermine dans l'appareil psychique conduit à des attitudes thérapeutiques adaptées". Ainsi connaissant la neurobiologie du PTSD, il paraît indispensable de bloquer cette dynamique de réorganisation par :

- 1) rééquilibrer la réaction de stress par l'inhibition catécholaminergique et l'apport de glucocorticoïdes,
- 2) réduire l'activation cérébrale en bloquant l'action des CRF-glutamate ou en facilitant l'action du GABA,
- 3) soutenir les systèmes de modulation dopaminergiques et sérotoninergiques,
- 4) aider l'action des facteurs neurotropes

5 Traitements

a. Buts :

- Corriger les symptômes (répétition, cauchemars, émoussement affectif...)
- Désamorcer l'angoisse et le stress
- Traiter les comorbidités très fréquentes dont les addictions (alcoolisme)
- Eviter les complications
- Permettre l'expression des affects liés au trauma.

5.1 Moyens

✓ **Thérapies pharmacologiques :**

Nous déroulerons les thérapeutiques recommandées par la World Fédération of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) qui s'appuient sur des études contrôlées.

*Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) :

Les ISRS sont considérés comme les médicaments de première intention dans les ESPT (les récepteurs de la sérotonine sont impliqués dans la neuro-modulation des troubles anxieux et de certains des symptômes de l'ESPT. La sérotonine modulerait l'hyperstimulation du circuit de la peur du fait de son effet régulateur noradrenergique au niveau du locus coeruleus). Des études contrôlées en double aveugle contre placebo (ECDAP) ont montré l'efficacité de la sertraline (Brady et coll. 2000 ; Davidson et coll. 2001b ; Zohar et coll. 2002), de la paroxétine (Tucker et coll., 2001) et de la fluoxétine (Connor et coll. 1999 ; van der Kolk et coll. 1994).

Dans une étude de prévention des rechutes, la sertraline a montré son efficacité car le taux de rechute a été significativement inférieur dans le groupe « sertraline » [43].

✓ **Les Antidépresseurs tricycliques (ATC) :**

Une étude en double aveugle a montré la supériorité de l'amitriptyline par rapport à un placebo. Par rapport aux ISRSs, les ATCs ont une incidence plus élevée d'effets secondaires, de risque de surdosage, et une plus faible observance.

Plusieurs études montreraient l'efficacité des antidépresseurs de nouvelle génération (venlafaxine, bupropion, trazodone) [43].

✓ **Les anxiolytiques**

La seule étude contrôlée contre placebo des benzodiazépines dans les ESPT, a montré une amélioration significative mais de faible ampleur des symptômes anxieux avec l'alprazolam par rapport au placebo. Les symptômes spécifiques d'ESPT n'ont pas été significativement modifiés. On préférera l'utilisation des non BZD (pipéraziniques tels l'hydroxyzine) vue

l'appétence toxicophile des psycho-traumatisés. En revanche, en cas de sevrage alcoolique le recours à une BZD, en l'occurrence l'oxazepam, pourrait être salutaire.

✓ **Les Anticonvulsivants et autres composés**

La Lamotrigine (anticonvulsivant) a fait l'objet d'une petite étude et a montré un taux de réponse plus élevé que celui du placebo. Cependant, ce médicament a des effets secondaires dont des éruptions cutanées potentiellement sévères.

✓ **Thérapies non pharmacologiques**

L'abord psychothérapeutique est la pierre angulaire du traitement de l'ESPT. De nombreuses approches ont été proposées :

✓ **Les thérapies psycho-dynamiques**

Le point commun de l'ensemble de ces thérapies est qu'elles sont centrées sur l'abréaction (réduction de la tension émotive) pour permettre au patient la verbalisation de l'évènement traumatique afin d'en revivre l'expérience émotionnelle dans une visée cathartique (libération des émotions) .

✓ **Les thérapies cognitives et comportementales**

Elles sont clairement codifiées et s'articulent autour de quatre phases, évocation et description de l'expérience traumatique, apprentissage de techniques de relaxation, travail sur les capacités à communiquer sur l'expérience traumatique et, enfin, approche de la dimension cognitive du traumatisme. Elles sont réputées dans le traitement de l'ESPT car elles réduiraient l'effet des symptômes.

✓ **L'hypnose**

Freud et Jane sont les premiers à remarquer les liens entre hypnose, dissociation et traumatisme. L'hypnose est un outil efficace dans le champ du traumatisme psychique. Utilisée dans la pathologie psycho-traumatique, elle est focalisée sur le trauma et vise la stabilisation et la réduction des symptômes, le traitement des souvenirs traumatiques et le travail sur la personnalité. L'objectif principal du travail thérapeutique est de « casser le monolithe » que représente le trauma en entrant avec prudence dans la bulle hypnotique qui s'est constituée pour pouvoir ponctuer la crise psychique, apprendre au patient l'autohypnose et lui offrir des suggestions spécifiques concernant le contexte et le vécu du trauma.

✓ **L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR):**

C'est une technique découverte par Shapiro à Palo-Alto aux Etats-Unis, de façon fortuite. En effet, alors qu'elle présente des difficultés personnelles, elle découvre l'effet thérapeutique d'un mouvement alternatif des yeux sur la qualité affective de ses souvenirs.

Le principe de cette thérapie consiste en une exposition en imagination de tout ou partie du trauma, pendant laquelle le patient suit des yeux un mouvement rapide de va-et-vient de la main du thérapeute qui sera répété jusqu'à l'obtention d'une diminution de l'anxiété du sujet sur un thème choisi de l'évènement traumatique. Controversée en France cette technique est aujourd'hui recommandée par les instituts américains.

✓ **Les Mouvements Alternatifs en Thérapie et Hypnose (MATH) :**

Ce modèle intégratif associe d'une part une stratégie de traitement, l'hypnose et d'autre part les stimulations alternatives. Ce modèle serait applicable aux troubles psycho-traumatiques complexes mais aussi aux troubles anxieux, dépressifs, à la douleur.

5.2 Traitement préventif :

L'idéal serait de prendre en charge les traumatisés psychiques immédiatement après l'évènement traumatisant par l'installation de cellules de soutien psychologique et de débriefing. Les objectifs et les modalités de la prise en charge des victimes sont le repérage des blessés psychiques, les soins psychologiques immédiats et l'hospitalisation si nécessaire. Les stratégies de prise en charge des phases immédiate et post-immédiate consistent à identifier les facteurs de risque de développement de l'ESPT et à mettre en place les interventions psychothérapeutiques post-immédiates (IPPI) en association avec un traitement pharmacologique si nécessaire. Ces interventions regroupent les techniques de psychothérapie de soutien psychologique : le defusing et le débriefing.

✓ **Defusing :**

Le terme defusing pourrait être traduit en français par désamorçage ou déchoquage. Cette technique vise ainsi le désamorçage d'une situation dont l'évolution pathologique est potentielle. Selon Crocq le défusing serait un premier débriefing sommaire, dont les principaux objectifs seraient :

- Assurer une présence calme, sécurisante et apaisante
- Contenir les décharges émotionnelles
- Inviter le sujet à s'exprimer (fonction cathartique)
- Informer sur l'évènement et les symptômes
- Dépister les traumas Crocq souligne certains pièges que comporte le défusing, la négligence des victimes silencieuses, le risque de la sur-médication, la dédramatisation et la déculpabilisation, et enfin la nécessité de respect des silences.

✓ **Débriefing :**

Selon l'approche francophone, le débriefing se doit d'être pratiqué par des psychiatres ou psychologues cliniciens dans un but préventif et thérapeutique. Il doit être réalisé entre 2 à 3 jours après l'événement traumatique, et dans un groupe qui présente une cohérence (par exemple : liens institutionnels).

A l'origine, le débriefing était une technique de décharge émotionnelle dont le principal, objectif est l'abréaction cathartique.

Crocq a énoncé les dix principes du "débriefing à la française" [23] :

1. Ménager un sas intermédiaire où sont restitués l'espace, le temps, et les valeurs normales.
2. Conforter les rescapés dépersonnalisés
3. Les inciter à verbaliser leur expérience vécue de l'événement.
4. Les informer sur le stress et le trauma, et sur les symptômes transitoires présents et à venir, ainsi que sur les lieux de consultation en cas de besoin.
5. Aider les participants à s'arracher à leur sentiment d'isolement et d'incommunicabilité.
6. Harmoniser les relations de groupe en évitant de perpétuer le "huis clos" et en désamorçant ses dérives xénopathiques.
7. Aider à réduire les sentiments d'impuissance, d'échec et de culpabilité.
8. Préparer les sujets à la réinsertion dans le monde, et les mettre en garde vis-à-vis des attitudes néfastes à éviter dans les retrouvailles avec leur famille, les médias, et dans leur considération des agresseurs.
9. Aider les sujets à mettre un point final à leur aventure.

MATERIELS ET METHODE

III. MATERIELS ET METHODE

4.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au sein du service de psychiatrie du CHU qui se trouve en Commune III dans le district de Bamako capitale du Mali.

Présentation du Mali :

État d'Afrique de l'Ouest, la République du Mali est bordée par la Mauritanie à l'ouest, l'Algérie au nord et au nord-est, le Niger à l'est, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire au sud et au sud-ouest, la Guinée au sud-ouest et le Sénégal à l'ouest et au sud-ouest. En tant qu'ancienne colonie française, elle a conservé des frontières héritées de cette période. Ce pays couvre une superficie de 1 240 192 km² avec une densité de 18 habitants par Km² et les estimations de population sont de 21 473 764 au 1er juillet 2022. [38] Depuis plus d'une décennie, le Mali est confronté à une crise politico-sécuritaire sans précédente avec son corolaire de violence, de massacres, de déplacés et de réfugiés.

Centre Hospitalier Universitaire Point G

Le CHU Point G est situé sur la colline du Point G, au nord du district de Bamako en commune III, sur la rive gauche du fleuve Niger. Il occupe une superficie de 25 hectares dont près de 70% sont actuellement bâtis.

Le Point G est une dénomination militaire coloniale de repère géodésique, donnée à une colline située au nord de Bamako et dont l'hôpital porte le nom. C'est une structure sanitaire de troisième référence, sur la pyramide sanitaire du Mali. Il a pour objectif :

- Assurer les soins aux malades,
- Faire de la recherche médicale,
- Assurer la formation théorique et pratique des étudiants et des agents de santé.

Le CHU Point G compte les services techniques suivants :

- ❖ L'Anesthésie, Réanimation et Urgences
- ❖ Le service de Chirurgie,
- ❖ La Gynéco-obstétrique,
- ❖ L'Urologie et la Coelochirurgie
- ❖ Le service d'Hémo-Oncologie
- ❖ Le service de Rhumatologie
- ❖ Le service de Médecine Interne
- ❖ Le service de Néphrologie et d'Hémodialyse
- ❖ Le service de Neurologie
- ❖ Le service de Cardiologie

- ❖ Le service de Gastroentérologie
- ❖ Une unité Ophtalmologie
- ❖ Le service des Maladies Infectieuses
- ❖ Le service de Pneumo-phtisiologie
- ❖ Le service de Psychiatrie
- ❖ Le service d'Imagerie Médicale et de Médecine Nucléaire
- ❖ Le service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques
- ❖ Le service de Médecine Légale et Expertise
- ❖ Le Laboratoire
- ❖ La Pharmacie Hospitalière
- ❖ La Maintenance
- ❖ La Morgue

Présentation du service de psychiatrie

C'est le seul service de psychiatrie au sein d'un hôpital général au Mali qui permette une hospitalisation des malades. Les bâtiments sont situés au Nord-Est dans la cour de l'hôpital.

Les infrastructures

On distingue schématiquement :

- ❖ « L'ancien service », appelé communément « cabanon », entouré d'un enclos grillagé, c'est le premier bloc et la première construction du service, remontant au temps colonial. Il a une capacité d'accueil limitée de 20 lits.
- ❖ Le nouveau bloc : il est composé de trois salles de garde, d'une salle de soins, de deux salles de consultation, d'un magasin et deux toilettes.
- ❖ Le bloc administratif et des hospitalisations, annexé à l'ancien service, il comporte trois parties :
 - ❖ Le pavillon des hommes : composé de bureaux pour l'administration, de chambres d'isolement qui sont au nombre de quatre (4) et de grandes salles d'hospitalisation pour les malades chroniques abandonnés par leurs familles et les malades de la file active. Ce pavillon à une capacité d'accueil actuelle de 20 lits d'hospitalisation.
 - ❖ Le pavillon des femmes : il est composé de bureaux pour l'administration et de deux grandes salles pour une capacité actuelle d'hospitalisation de six (6) lits par salle.
 - ❖ Le bloc des cases : il est composé de 21 cases de deux places chacune
- ❖ Au centre du service, se trouve une coupole sous laquelle se tiennent les séances de psychothérapie de groupe et parfois la visite hebdomadaire des malades.
- ❖ Le terrain de sport et une cuisine.

Les ressources humaines

Le personnel est composé de :

- ❖ Un chef de service, Maître de conférences à la FMOS ;
- ❖ Six Psychiatres praticiens hospitaliers (dont 2 spécialisés dans la prise en charge du Psycho trauma et un Gériopsychiatrie) ;
- ❖ Deux Psychologues (dont un professeur titulaire en psychologie clinique) ;
- ❖ Une secrétaire
- ❖ Dix Assistants Médicaux spécialisés en santé mentale, l'un d'eux étant le surveillant général du service ;
- ❖ Deux Techniciens supérieurs de santé
- ❖ Techniciens de surface
- ❖ Médecins en Spécialisation
- ❖ Etudiants en année de thèse et en Master de soins infirmiers en santé mentale
- ❖ Etudiants stagiaires des écoles de formation en Santé

Le Fonctionnement du service de psychiatrie

Le service mène des activités de soins (consultations externes et hospitalisations), des activités de formation, des activités de recherche. En moyenne, environ 2000 nouveaux malades sont enregistrés chaque année et le nombre total de consultations annuelles est estimé entre 18000 et 20000.

Des consultations de personnes souffrant de traumatismes psychiques sont menées dans le service de psychiatrie pour leur prise en charge adaptée.

Type d'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive transversale avec recueil rétrospectif des données des patients ayant vécu un ou plusieurs événements traumatisants et présentant ou pas une symptomatologie, suivis à l'externe ou hospitalisé au service de psychiatrie du CHU du Point G.

• Période de l'étude

L'étude s'est déroulée pendant une année allant de Janvier à Décembre 2023. Elle a porté sur les activités de soins de Janvier 2014 à novembre 2023 soit une période de 10 ans d'activité au service de psychiatrie du C.H.U du point G de Bamako.

Population de l'étude

Notre population d'étude était constituée de personnes venues en soins dans le service de psychiatrie.

Critères d'inclusion

Ont été inclus :

-Toutes les personnes reçues au service de psychiatrie pour soins, ayant vécu au moins un évènement psycho-traumatique et ayant un dossier médical complet durant la période de notre étude.

Critères de non-inclusion

Ont été exclus de l'étude :

– Toutes les personnes reçues au service de psychiatrie pour soins, ayant vécu au moins un évènement psycho-traumatique et ayant un dossier médical non complet.

Echantillonnage

L'échantillonnage a été non probabiliste avec la technique exhaustive portant sur les dossiers de personnes ayant été hospitalisées ou suivies en ambulatoire pour des troubles liés à un traumatisme psychique dans la période de notre étude.

La taille de l'échantillon a été estimée à l'aide de la formule de Daniel Schwartz, $n = z^2 \cdot p \cdot q / i^2$
n = taille de l'échantillon ;

z = la valeur de l'écart réduit qui correspond à 1,96 pour un niveau de confiance de 95% ;

p = la fréquence des consultations de psycho traumatisme dans le service de psychiatrie sur une année, nous avons retenu une proportion de présomption $p = 0,5$;

q = 1- p = 0,5

i = précision fixée à 5%

L'application numérique a permis d'obtenir une taille de **96,04**

Type de variables mesurées

- Données sociodémographiques (âge, sexe, profession, résidence, statut matrimonial)
- Données cliniques
- Données thérapeutiques
- Données épidémiologiques

Techniques et outils de collecte de données

Le recueil des données a été fait à partir de dossiers d'hospitalisation, des fiches de consultation externe. Les informations relatives à l'étude ont été portées sur une fiche d'enquête. Nous avons ensuite conçu un masque de saisie sur la plateforme « KoBoToolbox » et nous avons renseigné le formulaire via L'application « KoboCollect » sur Smartphone et une fiche Auto questionnaire dénommée PCL-S 5. Les fiches contenant des données manquantes n'ont pas été prises en compte.

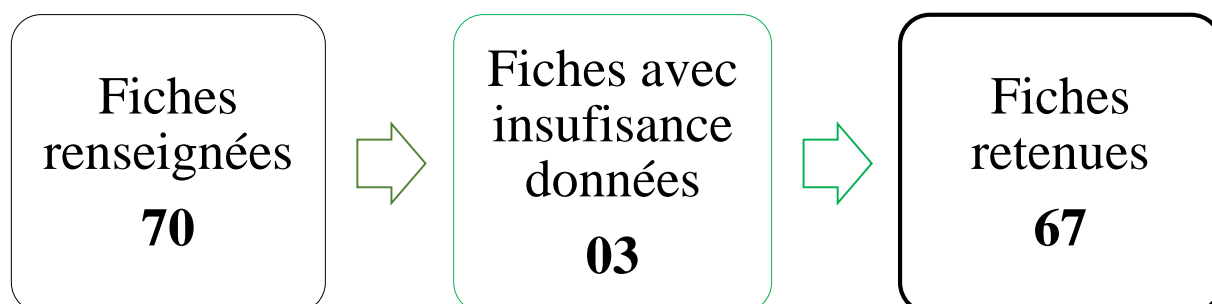
Les données ainsi recueillies ont été extraites sur Excel, puis exportées vers SPSS® pour analyse.

Considérations éthiques et déontologiques

L'étude a commencée lorsque les formalités administratives ont été obtenues, l'accord du chef de service avant la collecte des données et puis la confidentialité et l'anonymat du patient ont été respectés.

RESULTATS

IV. RESULTATS



Sur un total de 8000 dossiers vus au service psychiatrique du CHU du Point G de janvier 2014 à Décembre 2023.

Nous avons colligé 70 dossiers de psycho-trauma vus en consultation parmi lesquels 67 répondaient à nos critères d'inclusion soit 0,8% comme prévalence hospitalière, 3 dossiers ont été rejetés pour insuffisances d'information.

3.1. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau I: Répartition des patients selon la tranche d'âge.

Classe Age (Année)	Nombre=67	Pourcentages (%)
0-10	2	2,9
11-20	17	25,3
21-30	26	38,8
31-40	14	20,9
41-50	5	7,4
51 et plus	3	4,5
Total	67	100,0

La majorité de nos enquêtés ont une tranche d'âge comprise entre 20-30 ans soit 38,81%.

L'âge moyen était de **29,06** ans plus ou et des extrêmes compris entre **5** et **65**ans

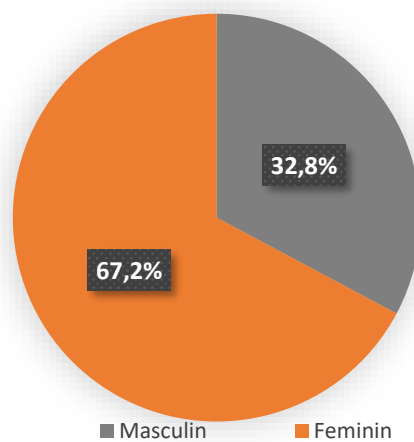


Figure 1: Répartition des patients selon le Sexe

Le Sexe féminin était plus représenté avec plus de **67,2%**.

Tableau II: Répartition des patients selon l'ethnie.

Ethnie	Nombre=67	Pourcentages (%)
Bambara	30	44,8
Peulh	10	14,9
Malinké	8	11,9
Dogon	6	9,0
Bobo	2	3,0
Senoufo	2	3,0
Minianka	2	3,0
Sonrai	2	3,0
Tamashek	2	3,0
Soninké	2	3
Ethnie étrangère	1	1,5
Total	67	100

L'ethnie Bambara était la plus représentée avec **44,8%** des cas.

Tableau III: Répartition des patients selon la profession.

Profession	Nombre=67	Pourcentages (%)
Élève/Étudiant	21	31,3
Profession libérale	13	19,4
Sans emploi	11	16,4
Fonctionnaire	12	17,9
Ménagère	6	8,9
Ouvrier	4	6,0
Total	67	100,0

Les élèves/étudiants étaient les plus représentés avec **31,3%** des cas.

Profession libérale (journaliste, serveuse, apprenti chauffeur)

Tableau IV: Répartition des patients selon le niveau d'étude.

Niveau d'instruction	Nombre=67	Pourcentages (%)
Universitaire	26,0	38,8
Secondaire	16	23,9
Primaire	11	16,4
Non scolarisé	14	20,9
Total	67	100,0

Les patients ayant un niveau d'étude universitaire étaient la plus représenter avec **38,8%** des cas.

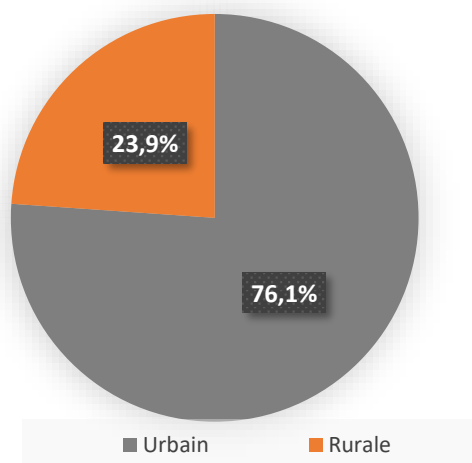


Figure 2: Répartition des patients selon leur Localité.

La majorité de nos patients reçus vivaient dans la Zone Urbaine, soit **76,1%** des cas

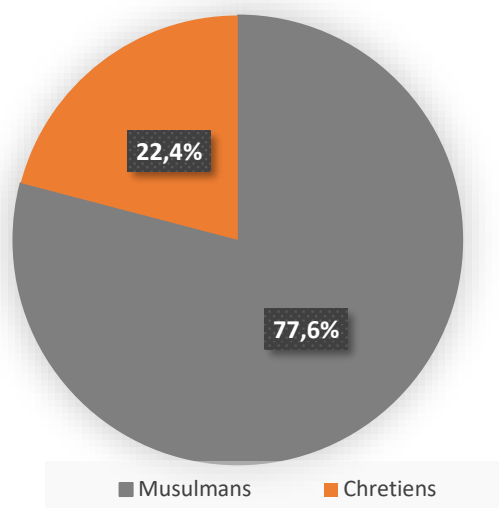


Figure 3: Répartition des patients selon les croyances religieuses.

La Croyance religieuse musulmane a été la plus représentée avec **77,6%** des cas.

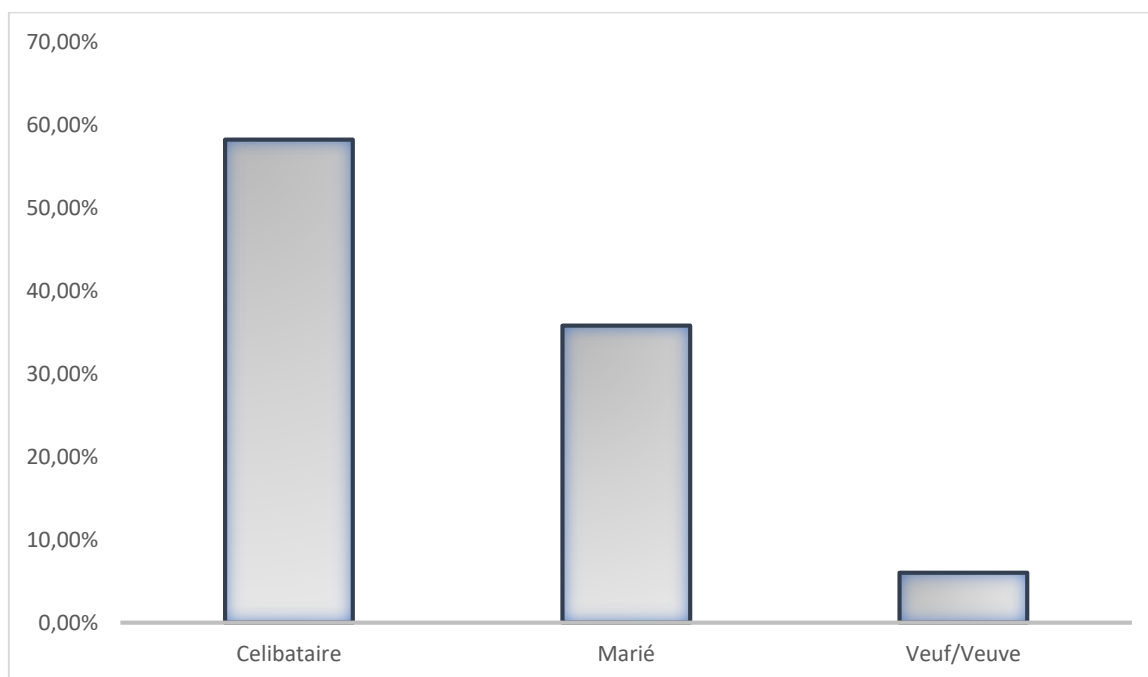


Figure 4: Répartition des patients selon le statut matrimonial.

Les patients célibataires ont été les plus représentés avec **58,2%** des cas.

3.2 Aspects cliniques

Tableau V: Répartition des patients selon le délai entre la survenue de l'évènement traumatique et le début de la prise en charge

Délai entre l'évènement et le début de la prise en charge	Nombre 67	Pourcentages (%)
Avant 1 mois	5	7,5
Plus d 1 mois	62	92,6
Total	67	100,00

Le délai entre l'évènement et le début de la prise en charge a plus d'un mois **92,6%**.

Tableau VI: Répartition des patients selon les substances consommées.

Substance consommées	Nombre 67	Pourcentages (%)
Consommation de l'alcool	5	7,5
Consommation du tabac	6	9,0
Consommation du cannabis	6	9,0
Consommation de tramadol	2	2,9
Cocaïne	2	2,9
Non consommateurs	40	59,7

Sur la majorité des patients addictes, **9,0%** des cas consommaient du tabac, du cannabis (**9%**)

Tableau VII: Répartition des patients selon le type d'évènement traumatique.

Types de traumatisme	Nombre	Pourcentages (%)
Agression sexuelle	19	28,4
Conflits armés	15	22,4
Agression physique	13	19,4
Maltraitance infantile	13	19,4
Catastrophe naturelle (inondation)	7	10,4
Captivité (kidnappe ; prise d'otage)	5	7,5
Attaque à main armée	3	4,5

Les agressions sexuelles, les guerres et les agressions physiques étaient les traumatismes les plus représentés avec respectivement **28,4%** et **22,4%** et **19,4%** des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients selon l'origine de la demande de consultation.

Origine de la demande	Effectifs	Pourcentages (%)
Famille/amis	35	52,3
Patient	15	22,4
Structure de soins	12	17,9
ONG, Assistances sociales	5	7,5
Total	62	100.0

La plupart des consultations étaient demandées par les familles/amis soit **52,3%** des cas

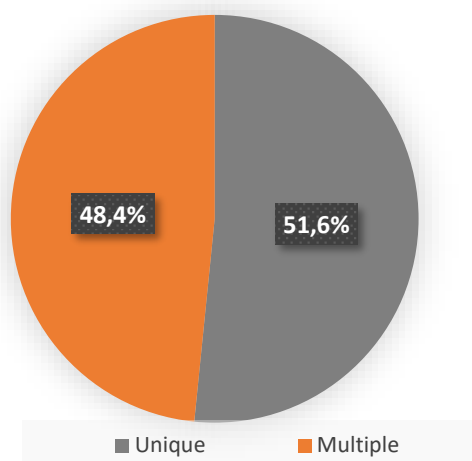


Figure 5 : Répartition des patients selon la survenue d'événements traumatiques.

La survenue unique d'événement traumatique était la plus fréquente dans **51,6%** des cas.

Tableau IX : Répartition des patients selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentages (%)
Insomnie	20	29,9
Irritabilité	11	16,4
Agressivité	9	13,4
Propos incohérent	5	7,5
Instabilité et Agitation	4	5,9
Peur permanente	4	5,9
Crise tonicoclonique/Crise d'absence	4	5,9
Pleur permanente	2	2,9
Tentative de Suicide	2	2,9
Victime de Viol	2	2,9
Autres*	4	5,9

L'insomnie était le motif de consultation le plus représenté avec **29,9%** des cas

* Autres : Isolement sociale, Trouble de la mémoire, Inadaptation sociale, Consommation des substance psycho active

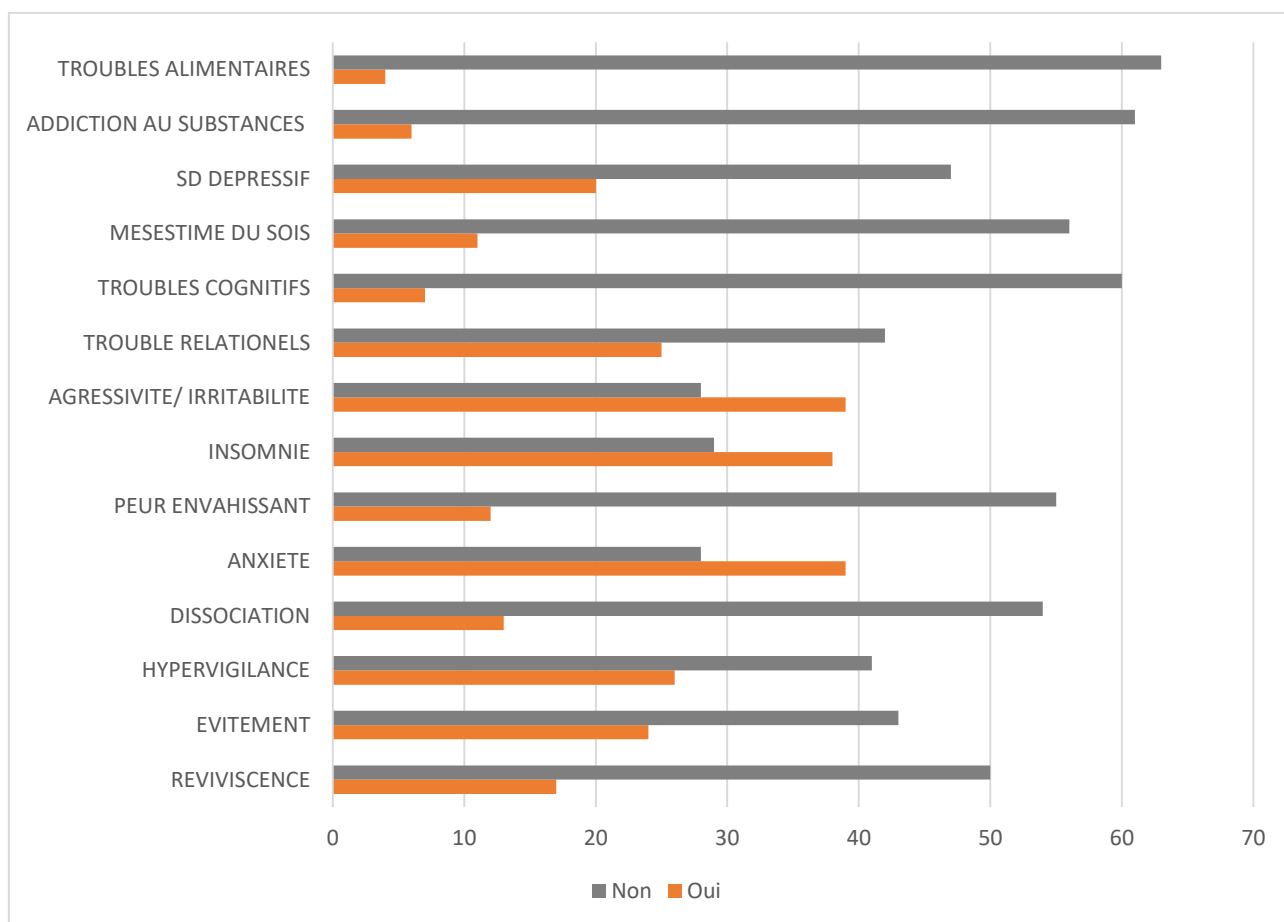


Figure 6: Répartition des patients selon les signes cliniques dominants

Les symptômes majeurs étaient agressivité/irritabilité et anxiété avec un taux de **58,2%** et **58,2%**.

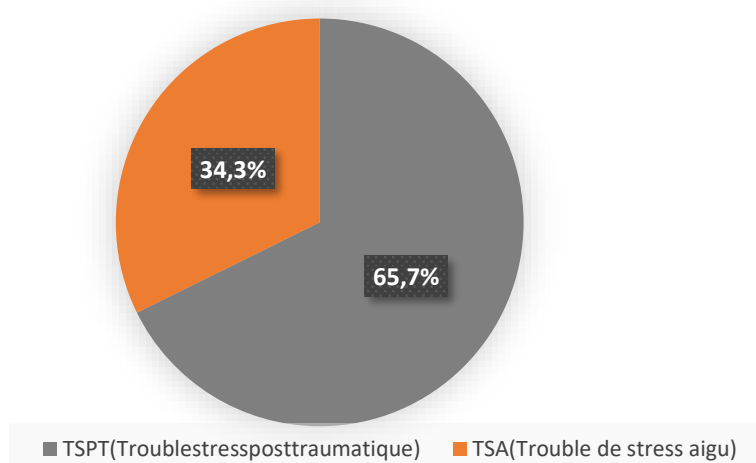


Figure 7 : Répartition des patients selon le diagnostic de prise en charge au début.

Le trouble stress post traumatique (TSPT) était la plus représenté soit un taux de **65,7%**

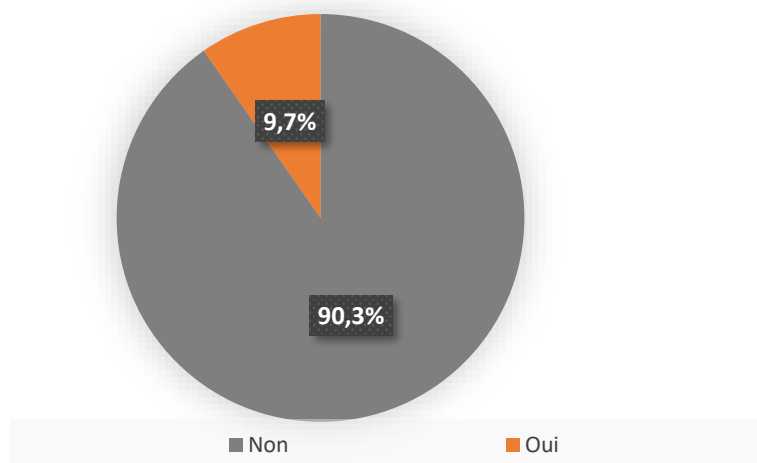


Figure 8: Répartition des patients selon l'antécédent psychiatrique familial.
La majorité des patients n'avait pas d'antécédent familial psychiatrique soit **90,3%**.

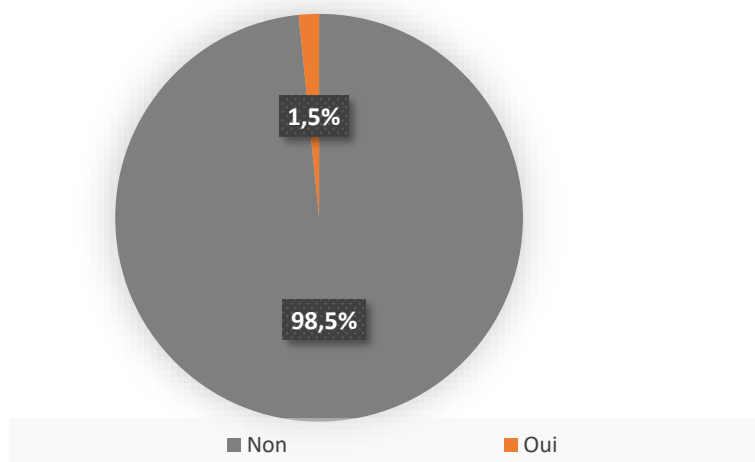


Figure 9: Répartition des patients selon l'antécédent psychiatrique personnel.
La majorité des patients n'avait pas d'antécédent personnel psychiatrique soit **98,5%**.

Tableau X: Répartition des patients selon les types de complications psychiatriques.

Complications psychiatriques	Nombre	Pourcentages (%)
Dépression	34	50,7
Psychose aigu	25	37,3
Addiction	4	6,0
Accès maniaque	2	3,0
Schizophrénie	2	3,0

La dépression était la complication la plus représentée avec **50,7%** des cas.

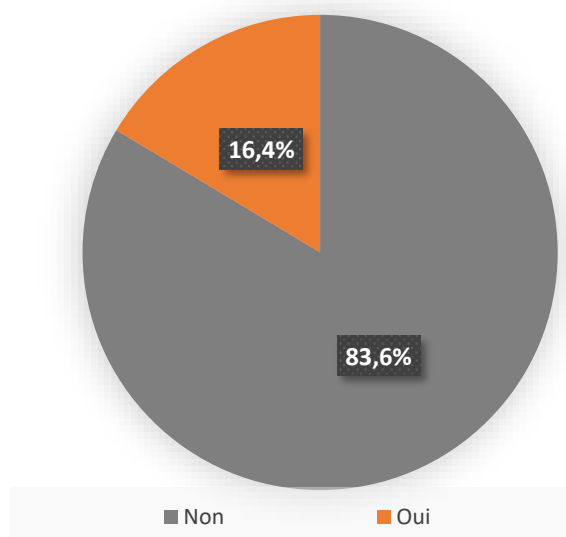


Figure 10: Répartition des patients selon la présence de comorbidité somatique.

Présence de la comorbidité chez 16,4% des cas.

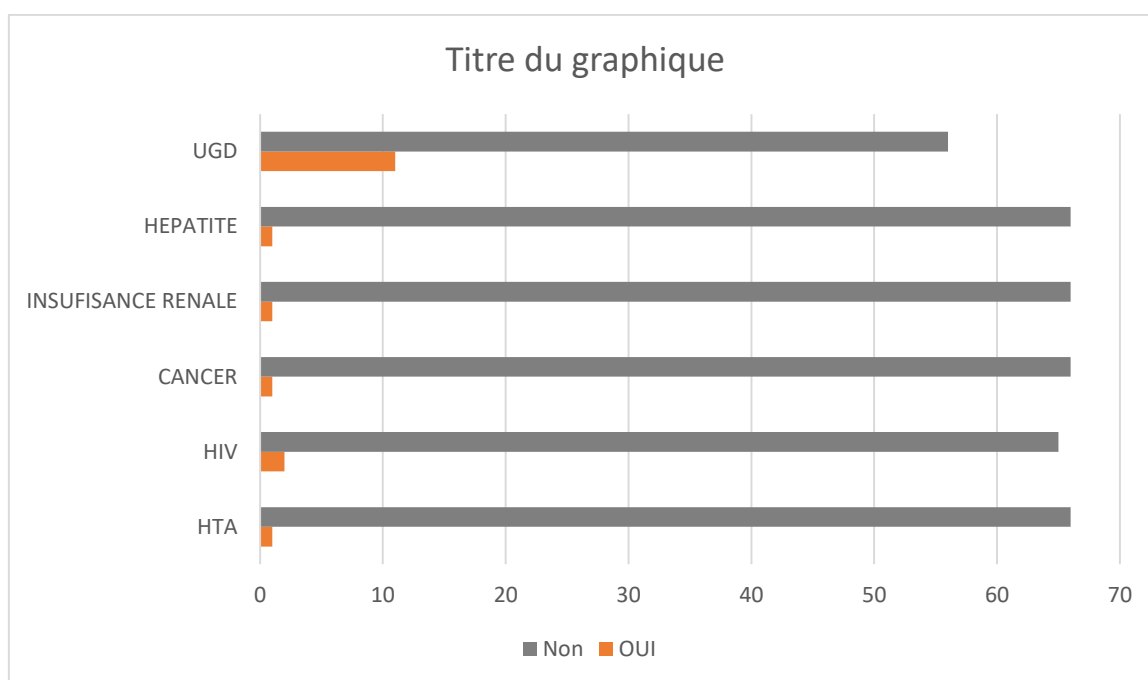


Figure 11 : Répartition des patients selon le type de comorbidités somatiques
Les Ulcère Gastro Duodénaux était le plus représenté 16,4% des cas.

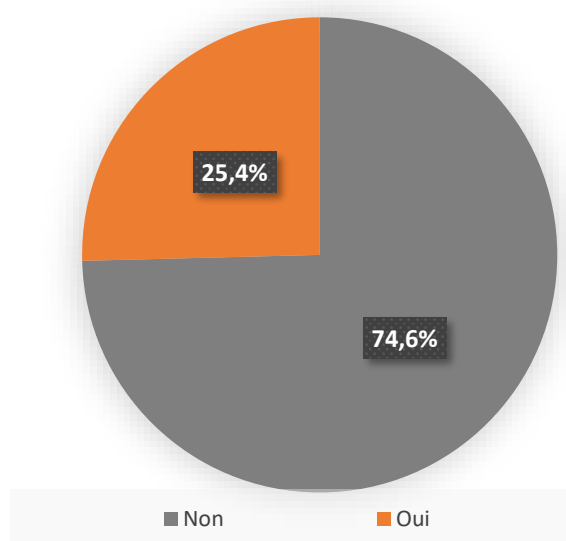


Figure 12: Répartition des patients selon la comorbidité somatique.
La comorbidité somatique était présente dans 25,4% des cas

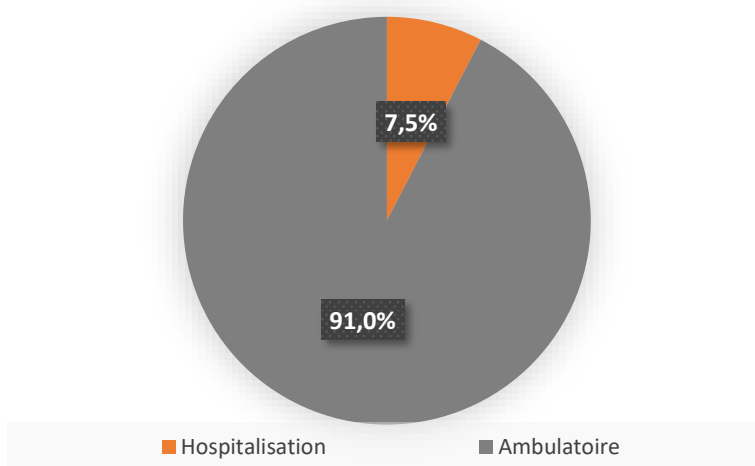


Figure 13 Répartition des patients selon le mode de suivi

Le mode de suivi en ambulatoire était le plus représenté avec **91,0%** des cas.

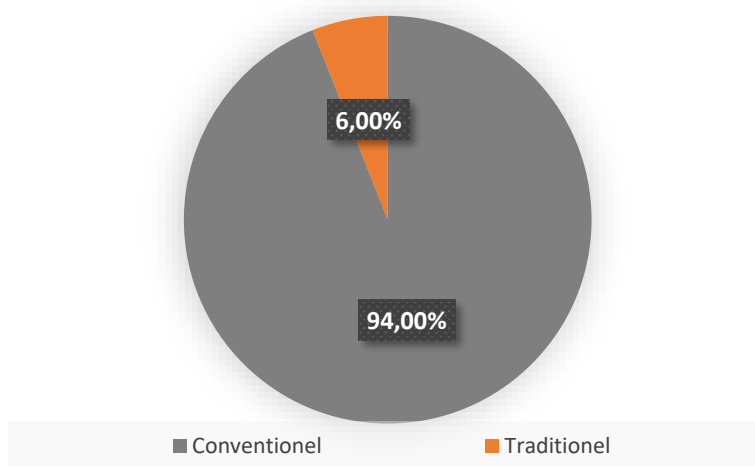


Figure 14: Répartition des patients selon le mode de traitement.

Le traitement conventionnel domine avec **94,0%** des cas.

Tableau XI: Répartition des patients selon la prise en charge médicamenteuse.

Types de médicaments prescrits :	Fréquence	Pourcentages (%)
Antidépresseur	38	56,7
Anxiolytique non BZQ	23	34,3
Neuroleptique	20	29,9
Autres prescription	14	20,9
Antihistaminique	9	13,4
Normo et antiépileptiques	7	10,5
Total	67	100,0

Les antidépresseurs étaient les plus prescrits dans **34,3%**.

Tableau XII: Répartition des patients selon le traitement non médicamenteux.

Traitement non médicamenteux	Nombre	Pourcentages (%)
Psychothérapie de soutiens	67	100,0
Les thérapie psychocorporelles et émotionnelles	48	71,6
TCC (Thérapie par exposition prolongée)	46	68,7
Psycho éducation	22	32,8
Les thérapies familiales	2	3,0
Les thérapies de la psychodynamique	2	3,0

Les **Psychothérapie de soutiens**, thérapie psychocorporelles et émotionnelles et TCC (Thérapie par exposition prolongée) étaient les plus représenté soit **100,0%** et **71,6%** et **68,7%** des cas.

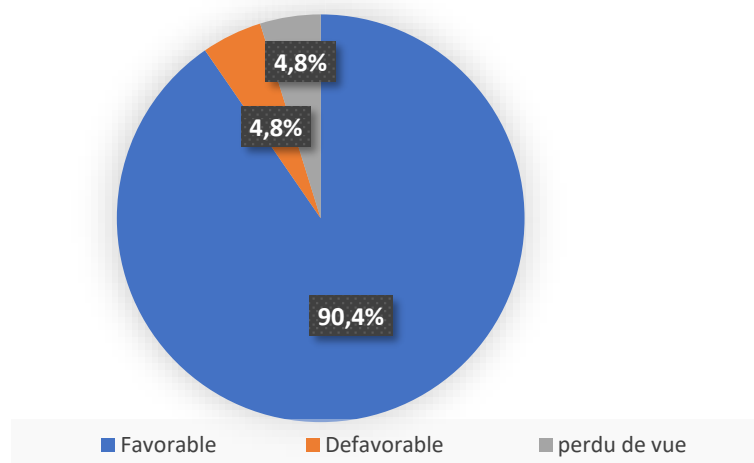


Figure 15: Répartition des patients selon l'évolution de leur état sous traitement.

L'évolution favorable était la plus représentée soit un taux de **90,4%**.

Tableau XIII: Répartition des patients selon l'administration de l'auto-questionnaire ou PCL-S 5

Réponse	Nombre 67	Pourcentages (%)
Administré	10	14,9%
Non administré	57	85,1%

Sur les 67 patients répertoriés et ayant consulté dans le service pour psycho-traumatisme, seuls chez 10 patients, l'auto-questionnaire PCL-S 5 avait été rempli lors d'un entretien soit 16% des patients.

Tableau XIV: Répartition selon le type de trauma (agression sexuel) en fonction du type du sexe.

Agression sexuel N (%)	Sexe			p- valeur
	Féminin	Masculin	Total	
Oui	18(94,7)	1(5,3)	19(100,0)	0,003
Non	27(56,3)	21(43,8)	48(100,0)	

Il existe un lien statistiquement significatif entre la variable agression sexuelle et le sexe.

Tableau XV: Répartition selon le type de trauma (agression sexuel) en fonction de la situation matrimoniale

Viol (agression sexuel) N (%)	Situation matrimoniale			Total	p- valeur
	Célibataire	Marie	Veuf ou Veuve		
Oui	15(78,9)	3(15,8)	1(5,3)	19(100,0)	0,084
Non	24(50,0)	21(43,8)	3(6,3)	48(100,0)	

Il existe un lien statistiquement significatif entre la variable Viol et le statut matrimonial.

DISCUSSION

V. COMMENTAIRES/DISCUSSION

Limite de l'étude méthode

L'étude que nous venons de conduire est un travail de type rétrospectif.

Nous n'avons donc pas eu l'occasion de nous entretenir avec les patients et avons été contraints de nous fier aux informations recueillies dans des dossiers parfois incomplets, manquant de précision. Comme tout travail rétrospectif, notre étude a des faiblesses comme les informations incomplètes. Nous avons été confrontés à certaines difficultés dont la rareté de la documentation sur le sujet, le mauvais archivage des dossiers,

A l'issue de notre étude, sur un total de 8000 dossiers vus au service psychiatrique du CHU du Point G, nous avons colligé 70 dossiers de psycho-trauma vus en consultation parmi lesquels 67 répondaient à nos critères d'inclusion soit 0,8% comme prévalence hospitalière.

Notre prévalence est inférieure à celle de Stein, Manitoba ; Walker JR; Hazzen et AL dans une étude réalisée au Midwest canadien une prévalence de 1,2 à 3,9% chez les patients atteints de traumatisme psychique [25], une étude de Can J aux États-Unis et au Canada ont révélé que les estimations du TSPT au cours de la vie se situaient entre 6 % et 9 % en 2014.[26] Aussi inférieure à une étude menée par NEUGEBAUER et coll (2009) a rapporté une prévalence du TSPT de 19,3% parmi les réfugiés rwandais vivant en Ouganda.[27]

Il est important de souligner que ces chiffres ne sont que quelques exemples, et de nombreuses autres études ont été menées avec des résultats variés. Les méthodes de collecte des données, les critères diagnostiques, et les échantillons de population peuvent influencer. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que notre étude a eu lieu dans un seul hôpital, plus précisément dans un service spécialisé en prise en charge psychiatrique. Aussi, à la suite de traumatisme psychique, les victimes ne viennent pas consulter systématiquement en psychiatrie du fait de la stigmatisation liée audit service. Ils reconnaissent qu'ils souffrent mais ne sont pas malades mentaux.

Caractéristiques sociodémographiques

La majorité des patients étaient de sexe féminin, soit 67,2% des cas. La sex-ratio H/F était de 0,48 et l'agression sexuelle était l'évènement traumatisant le plus représenté soit 28,4% des patients. Ce qui confirme l'enquête de l'**OMS**, près d'une femme sur trois dans le monde (30 %) a été exposée, au cours de sa vie, à de la violence sexuelle au sein de son couple ou à de la violence sexuelle commise par une personne autre que son partenaire.[28]

Notre résultat est parallèle à celui de Faye et al qui ont trouvé dans leur étude que 25,75% des filles étaient victimes d'agression sexuelle en milieu scolaire.[29] Aussi dans l'étude de Naomi

Breslau réalisé à Détroit en 2005, la proportion de femmes atteintes de psycho trauma suite à des violences est deux fois plus importante que celle des hommes soit un taux de 36% contre 12%. [21] Fullerton et al retrouvent également dans leur étude une proportion plus importante des femmes chez les patients atteints d'ESPT. [30]

Bien que le sexe féminin ne soit pas un facteur de risque en soi, les femmes sont plus susceptibles de développer un ESPT que les hommes. Les raisons de cette différence ne sont pas encore clairement établies mais des études suggèrent que cela pourrait être dû à des facteurs biologique, bien connus dans la littérature médicale. Le sexe féminin est un facteur de vulnérabilité dans les agressions, surtout sexuelle.

Dans notre étude, Près de 38,8 % de nos patients se situaient dans la tranche d'âge 21 - 30 ans. Cela nous rapproche encore de Giaconia et al qui a trouvé en France en 2008 que le Trouble de stress post traumatique ou (PTSD) affectait essentiellement les sujets jeunes, en moyenne avant 30 ans. [32]

La prédominance de sujets jeunes (20 à 30 ans) dans notre série est également conforme aux résultats de Trickey D et Siddoway. Qui en 2005 dans une étude intitulée « le psycho traumatisme chez l'enfant et l'adolescent à Toulouse en France », a trouvé une tranche d'âge de 10 à 20 ans chez 60 % des patients et avant 25 ans chez 30% d'entre eux. [33]

Cette prédominance des jeunes pourrait s'expliquer par le fait que, à cette période les jeunes sont vulnérables et la prise de risque est élevée.

Dans notre étude, nous avons observé une prédominance de célibataires (58,2%). Ce résultat est proche de celui de Glowacz en 2018 au Cambodge qui dans son étude sur la résilience et psycho-traumatisme dans le cadre des violences conjugales a trouvé une majorité de célibataires (59,2%), contre 37% des mariés. [34]

Dans notre société, contrairement aux partenaires mariés qui sont sous un couvert du mariage, le célibataire apparaît comme un élément libre qui attire tous les prétendants les mettant en contact avec tout genre de personne. Aussi la prise de risque peut-être plus élevée quand on est célibataire apparemment sans grande responsabilité.

L'ethnie bambara était la plus représentée avec 44,8 % des cas dans notre étude. Cela pourrait s'expliquer par la prédominance en général de cette ethnie au Mali. Elle représente 36,5 % de la population générale. Aussi l'étude s'est déroulée dans une zone à majorité bambara.

La profession étant une activité rétribuée qui nécessite une formation ou une qualification spécifique, nous pouvons nous autoriser de considérer les étudiants comme en réalité une profession d'étudier, les élèves/étudiants sont les plus représentés avec 31,3% suivis des professions libérales avec 19,4% des cas dans notre étude

Données cliniques

Au cours de notre étude l'insomnie était le motif de consultation le plus représenté avec 29,9%, suivie de l'irritabilité avec 16,4% des cas. Nos données sont inférieures à celles de Magloire MPEMBI et al. qui ont trouvé 62,83% d'insomnie concernant le motif de consultation externe de trauma psychique à Bangui[35].

Cette disparité s'expliquerait par l'ampleur de l'insécurité dans les zones de guerre comme Bangui ; tandis que notre étude a été menée dans un environnement moins exposé à la guerre. Au cours de notre étude, la plupart des consultations sont demandées par les familles soit dans 52,3% des cas.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans notre contexte, les victimes sont très souvent accusées d'être responsables ou de s'être laissées faire. Ce manque de soutien n'empêche beaucoup de personne de demander l'aide, à la limite, ce sont les autres qui remarquent et demandent de l'aide à leur place. Aussi, les survivants de traumatisme psychique souffrent dans le silence et beaucoup n'osent demander de l'aide.

Au cours de notre étude, les agressions sexuelles et les guerres étaient les types d'évènements traumatiques les plus représentés avec respectivement 28,4% et 22,4% des cas. Muriel Salmona et al dans leur étude avaient trouvé que les viols sont considérés comme l'un de pires traumatismes psychologiques, et la quasi-totalité des victimes de viol, de 70% pour les femmes adultes à 100% pour les enfants, vont développer de graves troubles psycho traumatiques à court ,moyen et long terme[36].

Ceci s'explique par le fait de la délinquance grandissante dans la population avec la modernisation et le fait que la société africaine est organisée en vie communautaire avec des liens de parenté très forts, aussi avec l'éclosion de conflit armé.

Dans notre étude, 16,4% des patients présentaient une comorbidité somatique. Parmi les quels, il y avait en majorité de l'Ulcère Gastro-Duodéal (UGD) 11/56, HIV 2/65 des cas.

Comme disait Freud, le psychique fait alors un saut dans l'organique. Cette prédominance des comorbidités somatiques pourrait s'expliquer par le fait que la base du trauma psychique est le stress qui est délétère pour le soma entraînant les troubles psychosomatiques.

La dépression était la complication psychiatrique la plus représentée avec 50,7% des cas, suivies des psychoses aiguës avec 37,3% des cas. Nos données sont proches de celles de Kessler [45] qui a trouvé dans son étude que les troubles les plus fortement associés au PTSD sont la dépression majeur et l'anxiété généralisée avec respectivement un taux de 53% et de 12%.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que la personne traumatisée s'isole de la société et se replis sur elle-même. Dans la littérature médicale pour les troubles dépressifs et anxieux sont en

général retrouvé dans les suites d'évènements traumatiques tels que les agressions sexuelles, la perte soudaine d'un proche.

La prise en charge et l'évolution thérapeutique

Dans notre étude les antidépresseurs ont été prescrits à presque (54,8%) et (37,1%) d'anxiolytique non benzodiazépinique, notre résultat est comparable de celui de Thomas P et Coll [44] qui ont écrits en 2005 que l'observation des pratiques en Europe montre que la classe médicamenteuse la plus utilisée dans la prise en charge de psycho-traumatisme reste celle des antidépresseurs. Il ajoute que les antidépresseurs sont prescrits en première intention comme régulateur de l'humeur ou stabilisateur de l'humeur chez les patients atteints de psycho-traumatisme.

Dans notre étude la psychothérapie émotionnelle et comportementale représentait 77,4% des cas, aussi suivis de la psychothérapie de soutien soit 72,6% ainsi de thérapie d'exposition soit 45,2%.

Enfin l'évolution thérapeutique favorable était la plus représentée dans notre étude soit (90,4%), ainsi que 4,80% de cas perdu de vue.

Cela pourrait s'expliquer par l'efficacité de médicament et la bonne prise en charge psychologique des patients atteints de psycho-traumatisme.

Dans notre étude il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre les comorbidités somatiques et les types d'évènements psycho-traumatique ($P = 1,0$ à $P = 0,245$).

Par contre il existait un lien statistiquement significatif entre le type d'évènement psycho-traumatique (agression sexuel) et le sexe féminin ($P = 0,003$).

CONCLUSION

VI. CONCLUSION

La survenue d'un évènement traumatique génère un profond changement dans la perception de soi et du monde. Par sa fréquence de survenue et par sa capacité à induire des conséquences préjudiciables à la santé physique et psychologique, le traumatisme psychique doit pouvoir être identifié (la reconnaissance) pour pouvoir être prévenu et à défaut, traité (la réparation).

Pour cette étude les résultats nous révèlent que la prévalence hospitalière est de 0,8 %. Notre cohorte était majoritairement jeune. La sex-ratio H/F était de l'ordre de 0,48. Les célibataires étaient prédominants avec 58,2% cas. Dans l'ensemble il s'agissait de sujets majoritairement scolarisés. Les agressions sexuelles (Viol) et la guerre étaient les types de traumatismes les plus représentés avec respectivement 28,4% et 22,4% des cas. La dépression était la complication immédiate la plus représentée avec 5% des cas. L'évolution favorable était la plus représentée soit un taux de 90,4% des cas.

Cette étude étant rétrospective sur une durée limitée à un an, beaucoup de paramètres n'ont pas pu être évalués. Il serait souhaitable d'entreprendre un travail sur la même question en population générale.

RECOMMANDATIONS

VII. RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

A l'endroit du Ministre de la santé et du développement social

- Financer de plus grandes études afin de déterminer la fréquence des Psycho-traumatisme chez les patients suivis en ambulatoire et en population générale.

A l'endroit du service de psychiatrie

- Une standardisation des recueils des données avec l'élaboration d'échelles spécifiques de diagnostic de psycho-traumatisme ;

A l'endroit du personnel médical

- Remplir rigoureusement les dossiers ;

A l'endroit de la population

- Dénoncer les violences faites aux personnes vulnérables ;
- Encourager le déplacement dans les structures hospitalières pour la prise en charge des victimes.
- Ne pas avoir de préjuger sur la maladie mentale et de fréquenter les services de santé psychiatrique.

VIII. REFERENCE

1. Soedje KMA, Aza-Gnandji GG, Wenkourama D, Elvyreklikpo TE, Mensah KM, Ahara AKF, et al. Psychiatry in a War Situation: In Situ Therapeutic Approach to an Attack Case of Ber, Timbuktu in Mali. *Open J Psychiatry*. 29 août 2023;13(4):345-54.
2. Trouble de stress post-traumatique (TSPT) - Troubles mentaux [Internet]. Manuels MSD pour le grand public. [cité 18 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/anxi-et-troubles-au-stress/trouble-de-stress-post-traumatique>
3. Stress post-traumatique : 15 symptômes qui ne trompent pas [Internet]. [cité 14 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.la-clinique-e-sante.com/blog/traumatismes/symptomes-ptsd>
4. Clinique E-Santé. Stress post-traumatique : 15 symptômes qui ne trompent pas [Internet]. 2023 [cité 29 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.la-clinique-e-sante.com/blog/traumatismes/symptomes-ptsd>
5. dsm v manuel psychiatrie français pdf gratuit [Internet]. Bing. [cité 11 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.bing.com/search?pqlt=2081&q=dsm+v+manuel+psychiatrie+français+pdf+gratuit&cvid=2 =edge. &FORM=ANSPA1&PC=U531>
6. L'OMS publie des orientations sur les soins de santé mentale après un traumatisme - World | ReliefWeb. 2013 [cité 17 janv 2024]. Disponible sur: <https://reliefweb.int/report/world/loms-publie-des-orientations-sur-les-soins-de-sant-mentale-un-traumatisme>
7. Lépine JP, 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.
8. Da Costa Silva L, Laisney M, Charretier L, Eustache F, Quinette P. [Memory alterations in post-traumatic stress disorder]. *Biol Aujourd'hui*. 2023;217(1-2):55-64.
9. Qu'est-ce que l'état de stress aigu ? Symptômes, critères diagnostiques [Internet]. Psychomédia. 2015 [cité 23 sept 2023]. Disponible sur: <http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2015-12-03/criteres-diagnostiques-stress-aigu>
10. Tarquinio C, Montel S. Chapitre 1. Du psychotraumatisme à l'état de stress post-traumatique. In: *Les psycho traumatismes*. Paris: Dunod; 2014 [cité 23 sept 2023]. p. 21-40. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-psychotraumatismes-p-21.htm>
11. Qu'est-ce que l'état de stress post-traumatique ? Symptômes, critères diagnostiques [Internet]. Psychomédia. 2015 [cité 23 sept 2023]. Disponible sur: <http://www.psychomedia.qc.ca/sante-mentale/2015-11-15/stress-post-traumatique-criteres-diagnostiques-dsm-5>
12. Névrose traumatique ou névrose traumatisée ? A propos d'une ancienne résistante de la seconde guerre mondiale. *Carnet PSY*. 2011;155(6):52-7.

13. Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mai 2010;168(4):311-9.
14. Marie CL. Historique de la Psychotraumatologie [Internet]. TPS : Traitement du Psycho-Trauma par la Thérapie Psycho Sensorielle. 2018 [cité 1 oct 2023]. Disponible sur: <https://tps-trauma.org/index.php/historique-de-la-psychotraumatologie/>
15. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) [Internet]. Vietnam Veterans Memorial Fund. [cité 29 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.vvmf.org/topics/PTSD/>
16. *dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf* [Internet]. [cité 11 sept 2023]. Disponible sur: <https://psyclinicfes.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf>
17. Blanchette I. Rwanda: comment le génocide a affecté le cerveau des survivants [Internet]. *The Conversation.* 2019 [cité 6 oct 2023]. Disponible sur: <http://theconversation.com/rwanda-comment-le-genocide-a-affecte-le-cerveau-des-survivants-115417>
18. Enquête nationale sur la comorbidité [Internet]. [cité 8 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/>
19. Anaut M. Chapitre 3. Facteurs de protection et critères de résilience. In: *Psychologie de la résilience* [Internet]. Paris: Armand Colin; 2015 [cité 8 oct 2023]. p. 65-81. (Cursus; vol. 3e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychologie-de-la-resilience--9782200611798-p-65.htm>
20. American Psychiatric Association, éditeur. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV ; includes ICD-9-CM codes effective 1. Oct. 96. 4. ed., 7. print.* Washington, DC; 1998. 886 p.
21. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults. *Arch Gen Psychiatry.* 1 mars 1991;48(3):216-22.
22. Stora JB. Mécanismes neurobiologiques et maladies du stress. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2010 [cité 10 oct 2023]. p. 83-104. (Que sais-je ?; vol. 8e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-stress--9782130582724-p-83.htm>
23. Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mai 2010;168(4):311-9.
24. Soedje KMA, Aza-Gnandji GG, Wenkourama D, Elvyreklikpo TE, Mensah KM, Ahara AKF, et al. Psychiatry in a War Situation: In Situ Therapeutic Approach to an Attack Case of Ber, Timbuktu in Mali. *Open J Psychiatry.* 29 août 2023;13(4):345-54.
25. Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *Am J Psychiatry.* août 1997;154(8):1114-9.
26. Sareen J. Posttraumatic Stress Disorder in Adults: Impact, Comorbidity, Risk Factors, and Treatment. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* sept 2014;59(9):460-7.

27. Ainamani H, Elbert T, Olema D, Hecker T. Prevalence Of Violence-Related Traumatic Events And Symptoms Of Post-Traumatic Stress Disorder Among The Congolese Refugees In Uganda. *Afr J Trauma Stress*. 1 juin 2016;5:1-16.
28. Violence à l'encontre des femmes [Internet]. [cité 23 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
29. Durif-Varembont JP, Mercader P, Léchenet A. 6. Les agressions sexuelles en milieu scolaire : approche clinique, Penser les agressions sexuelles [Internet]. Toulouse: Érès; 2016 [cité 24 janv 2024]. p. 123-51.: <https://www.cairn.info/penser-les-agressions-sexuelles-123.htm>
30. Mpembi MN, Lukeba T, Mayemba D, Massamba VK, ma Nzuzi TM, Gokara S, et al. États de stress en consultation externe à l'hôpital général de Bangui dans un contexte de conflit arme: étude transversale descriptive. *Pan Afr Med J*. 12 janv 2018;29:26.
31. Genre et santé [Internet]. [cité 24 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender>
32. Trouble de stress post-traumatique (TSPT) - Troubles mentaux. Manuels MSD pour le grand public. [cité 24 janv 2024]. <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/anxi-et-troubles-au-stress/trouble-de-stress-post-traumatique>
33. Petit-Capiomont G, Benoit JP. Prise en charge du traumatisme chez l'enfant et l'adolescent. *La psychothérapie d'Anna en post-traumatique*. *Enfances Psy*. 2017;74(2):92-101.
34. Gillet A. La (cyber) victimisation chez les adolescents : Exploration du stress perçu, du coping, de la résilience et de la dépression.
35. Nkosi MM. Etats de stress en consultation externe à l'hôpital général de Bangui dans un contexte de conflit arme: étude transversale descriptive. *Pan Afr Med J* . 1 janv 2018: https://www.academia.edu/Etats_de_stress_en_consultation_externe_de_Bangui_dans_un_contexte_de_conflit_arme_etude_transversale_descriptive
36. Salmona M. La mémoire traumatique : violences sexuelles et psycho-trauma. *Cah Justice*. 2018;1(1):69-87.
37. L'OMS publie des orientations sur les soins de santé mentale après un traumatisme. [cité 16 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/06-08-2013-who-releases-guidance-on-mental-health-care-after-trauma>
38. Mali Demographics - Exploration par lieu - Data Commons [Internet]. [cité 23 oct 2022]. Disponible. Bing. [cité 14 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.bing.com/search?pglt=2209&q=Mali+Demographics++>
39. Au Rwanda, le traumatisme du génocide se transmet de génération en génération. *Le Monde.fr*. 24 oct 2022 [cité 6 oct 2023]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/afrique/article/2022/10/24/au-rwanda-le-traumatisme-du-genocide-se-transmet-de-generation-en-generation_6147035_3212.html

40. Aspect épidémiologique des psycho traumatisme [Internet]. <https://doi.org/10.3917/mem.073.0005>. 2019 [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/mem.073.0005>
41. Histoire de la psychotraumatologie : « Les dramatiques attentats terroristes de 2015 et 2016 ont eu des répercussions considérables sur les psychismes ». Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 mars 2018;176(3):305-9.
42. WHO releases guidance on mental health care after trauma [Internet]. [cité 16 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/news/item/06-08-2013-who-releases-guidance-on-mental-health-care-after-trauma>
43. J Davidson, H Kudler, R Smith [Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo](#) - Archives of general ..., 1990 - jamanetwork.com
44. THOMAS P et al. Les traitements adjuvants au cours d'ESPT. Encéphale 2004; 30: 80-9. Statut matrimonial.
45. [RC Kessler](#) - International Journal of Methods in Psychiatric ..., 1995 - psycnet.apa.org

Fiche signalétique

Nom : KONE

Prénom : Cheick Oumar

Email : konecheckoumar3@gmail.com

Titre de la thèse : Etudes des aspect épidémio-cliniques et thérapeutiques de psycho traumatisme au service de psychiatrie du CHU Point G

Année de soutenance : 2022-2023

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de Bamako

Secteur d'intérêt : Santé publique, Psychiatrie,

Résumé

L'objectif de notre travail était d'étudier les aspects épidémiologiques et cliniques de psycho-traumatisme au service de Psychiatrie du CHU du Point G.

Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive transversale avec recueil rétrospectif des données des patients ayant vécu un ou plusieurs événements traumatisants et présentant ou pas une symptomatologie, suivis à l'externe ou hospitalisé au service de psychiatrie du CHU du Point G.

L'étude s'est déroulée pendant une année allant de Janvier à Décembre 2023. Elle a porté sur les activités de soins de Janvier 2014 à novembre 2023 soit une période de 8 ans d'activité au service de psychiatrie du C.H.U du point G de Bamako. Les données ont été collectées à partir d'un questionnaire préétabli, le formulaire via « KoboCollect » sur Smartphone et une fiche Auto questionnaire dénommée PCL-S 5. Les fiches contenant des données manquantes n'ont pas été prises en compte. L'analyse des données a été effectuée sur SPSS®.

La prévalence hospitalière était de 0,8% dans notre échantillon, la prévalence de sexe féminin était 67,2% et l'agression sexuelle était l'évènement traumatisant le plus représenté soit 28,4%.

La survenue unique d'évènement traumatique était les plus fréquentes dans 51,6% des cas, Le symptôme majeur était Agressivité/irritabilité avec 58,2% des cas.

Le statut matrimonial célibataire, et aussi les jeunes adultes était plus représentatif.

Mots-clés : épidémiologie, Psycho trauma, CHU Point G, Bamako

Abstract

The objective of our work was to study the epidemiological and clinical aspects of psycho-trauma in the Department of Psychiatry of the Point G University Hospital.

This was a quantitative descriptive cross-sectional study with retrospective data collection of patients who had experienced one or more traumatic events and with or without symptoms, followed outpatient or hospitalized in the psychiatry department of the Point G University Hospital

The study took place over a year from January to December 2023. It focused on care activities from January 2014 to November 2023, a period of 8 years of activity in the psychiatry department of the C.H.U of point G in Bamako. Data were collected from a pre-established questionnaire, the form via "Kobo Collect" on a smartphone and a self-questionnaire form called PCL-S. Records with missing data were not taken into account. Data analysis was performed on SPSS®.

Hospital prevalence was 0.8% in our sample, female prevalence was 67.2% and sexual assault was the most represented traumatic event at 28.4%. The single occurrence of traumatic event was the most frequent in 51.6% of cases, the major symptom was aggression and irritability with 58.2% of cases.

Single marital status, and also young adults was more representative.

Keywords : epidemiology, Psycho trauma, CHU Point G, Bamako

FICHE D'ENQUETE

1-Numéro du dossier :

CARACTERISTIQUE SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

2-Nom :

Prénom :

3-Age :

[05/10], [10/15], [15/20], [20/25], [25/30], [30/35], [35/40], [40/45], [45/50], [50/55], [55 ;

4°Sexe :

1-Masculin

2-Féminin

5°Ethnie :

1-Bambara

2-Malinké

3-Peulh

4-Sarakolé

5-Sénoufo

6-Minianka

7-Bobo

8-Sonrhäi

9-Tamashek

10-Kassonké

11-Maure

12-Autres

6°Profession :

Ouvrier ; commerçant ; cultivateurs ;

Porteurs d'uniforme ; fonctionnaire civil ;

Retraité ; sans emploi ; autres

7°Niveau d'instruction :

Non scolarisé; Primaire ; Secondaire ; Supérieur

8°Résidence en :

Urbain ;

Rural

9°Religion/..... /

1=Musulmane ; 2=Chrétienne ; 3=Animisme ; 4=Autre (à préciser...)

10- Vit avec :

Conjoint

Parents

Amis

Seul

11- Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

11/1=le jour même de l'évènement

11/2=Entre 24heures et 3jours

11/3=Entre 4jours et 1 semaine

11/4=Entre 1semaine et 1mois

11/5=Entre 1mois et 3 mois

11/6=Entre 3 et 6 mois

11/7=Entre 6 mois et un an

11/8=plus d'un an

12-CONDUITES ADDICTIVES :

- Consommation de l'alcool : /...../ 1-Oui 2-Non
- Consommation du tabac : /...../ 1-Oui 2-Non
- Consommation du cannabis : /...../ 1-Oui 2-Non
- Consommation du Trama dol : /...../ 1-Oui 2-Non
- Autres conduites addictives : /...../à précisez

13°Type de Traumatisme Confronté :

Evénements	OUI	NON
Agression physique (avoir été attaqué, frappé, poignardé, battu, reçu des coups de pieds, etc.)		
Attaque à main armée (avoir été blessé par arme à feu ou arme tranchante, avoir été menacé avec un couteau, une arme à feu ou une bombe, etc.)		
Agression sexuelle (viol, tentative de viol, être obligé d'accomplir tout acte sexuel par la force ou sous des menaces, violence conjugale)		
Captivité (avoir été kidnappé, enlevé, pris en otage, incarcéré comme prisonnier de guerre, etc.)		
Toute autre situation ou expérience très stressante liée aux conflits armés. Préciser		
Maltraitance infantile		

ASPECTS CLINIQUES :

14- Origine de la demande : /.... / 1-Patient 2- Famille 3-Centre de santé 4- Entreprise - 5- Etablissement scolaire 6- forces de l'ordre 7-praticien hospitalier 8-Autres.

15- Motifs de consultation /...../

16-AGE DE SURVENU DU/OU TRAUMATISME :..... ... ?

17-FREQUENCE : Unique /Répété

-18-Fréquence des symptômes dominante :

Signe 1 : la reviviscence

Signe 2 : l'évitement

Signe 3 : l'hyper vigilance

Signe 4 : la dissociation

Signe 5 : le trouble anxieux

Signe 6 : le sentiment de peur envahissant

Signe 7 : les troubles du sommeil

Signe 8 : l'agressivité et l'irritabilité

Signe 9 : des troubles relationnels

Signe 10 : une vision faussée

Signe 11 : des difficultés cognitives

Signe 12 : la mésestime de soi

Signe 13 : un syndrome dépressif

Signe 14 : des troubles de l'addiction

Signe 15 : des troubles du comportement alimentaire

□19-ANTECEDENTS :

19-1- Antécédent psychiatrique familial : /.... / 1-Oui 2-Non

19- 2Antécédent psychiatrique personnel : /.... / 1-Oui 2-Non

34-Diagnostic CIM10 : /...../

1-Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques 2-Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives 3-Schizophrénie, troubles schizothymiques et troubles délirants 4-Troubles de l'humeur (affectifs) 5-Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes 6-Syndromes comportementaux associées à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques 7-Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte 8-Retard mental 9-Troubles du développement psychologique 10-Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence 11-Trouble mental sans autre indication

20 -Comorbidité somatique

35-Paludisme : /...../ 1-oui 2-non

36-Diabète : /...../ 1-oui 2-non

37- Hypertension artérielle : /...../ 1-oui 2-non

38- VIH : /...../ 1-oui 2-non

39-Cancer : /...../ 1-oui 2-non

40-Insuffisance rénale : /...../ 1-oui 2-non

41-Insuffisance cardiaque : /...../ 1-oui 2-non

42-Hyperthyroïdie : /...../ 1-oui 2-non

43-Toxoplasmose : /...../ 1-oui 2-non

44-Syphilis : /...../ 1-oui 2-non

45-Hépatite : /...../ 1-oui 2-non

46-Typhoïde : /...../ 1-oui 2-non

47-Autres comorbidité somatique : /...../

IV- Modalités de prise en CHARGE :

21-CIRCUIT THERAPEUTIQUE :

• Traditionnel OUI NON

• Conventionnel OUI NON

22-MODE DES TRAITEMENTS :

• Hospitalisation OUI NON

• Ambulatoire OUI NON

23-SHEMA THERAPEUTIQUE :

22 /1Type de médicaments prescrits

• -Anxiolytique : /...../ 1-oui 2-non

• -Neuroleptique : /...../ 1-oui 2-non

• -Hypnotique : /...../ 1-oui 2-non

• -Antidépresseur : /...../ 1-oui 2-non

• -Normothymique : /...../ 1-oui 2-non

• -Antiépileptique : /...../ 1-oui 2-non

• -Antihistaminique : /...../ 1-oui 2-non

• -Autres prescriptions : /...../

24 Type de psychothérapie reçus :

-l'hypnose

-les thérapies comportementales cognitives (TCC)

-les thérapies de la communication

-Les thérapies psychocorporelles et émotionnelles

-la psychoéducation

-les thérapies familiales

-Autres,.....à précisez

25-Tolérance au traitement :

Bonne Mauvaise Précision :.....

26-Evolution thérapeutique :

Bonne Mauvaise

PCL-5

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté	Pas du tout	Un peu	Modéré-ment	Beau-coup	Extrém-ment
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?	0	1	2	3	4
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?	0	1	2	3	4
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?	0	1	2	3	4
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?	0	1	2	3	4
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?	0	1	2	3	4
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?	0	1	2	3	4
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?	0	1	2	3	4
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?	0	1	2	3	4
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?	0	1	2	3	4
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?	0	1	2	3	4
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?	0	1	2	3	4
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?	0	1	2	3	4
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?	0	1	2	3	4
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?	0	1	2	3	4
18. Sur Sauter filament ?	0	1	2	3	4
19. Avoir du mal à vous concentrer ?	0	1	2	3	4
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?	0	1	2	3	4

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté dans le dernier mois.

Cotation

Pour coter ce test, nous vous proposons cette méthode validée :

Comptez les réponses de votre patient selon son type de réponse à chaque question :

Pas du tout = 0

Un peu = 1

Modérément = 2

Beaucoup = 3

Extrêmement = 4

GRILLE DES RÉSULTATS

- Score total de 0 à 80 : La littérature actuelle considère qu'un **score total de 33 ou +** est positif et signe la présence éventuelle d'un trouble de stress post-traumatique.
- Evaluation critère par critère :

Critère B - Symptômes d'Intrusion : Questions 1 à 5

Si une question ou + présente un score de 2 ou + = Critère validé

Critère C - Symptômes d'évitement : Questions 6 à 7

Si une question ou + présente un score de 2 ou + = Critère validé

Critère D - Symptômes d'engourdissement

émotionnel : Questions 8 à 14 Si deux questions ou +

présentent un score de 2 ou + = Critère validé

Critère E - Symptômes neurovégétatifs : Questions 15 à 20

Si deux questions ou + présentent un score de 2 ou + = Critère validé

Si les **4 critères sont validés** la personne présente potentiellement un TPST si elle a été précédemment exposée à un évènement traumatogène

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !