

L'état de stress post traumatique

Professeur Saidene Kamel

Faculté de Médecine De Sidi Bel Abbes

Chef de Service Hospitalo-Universitaire

INTRODUCTION

- Le trouble stress post-traumatique (TSPT) correspond à la survenue de symptômes caractéristiques à la suite de l'exposition à un **événement traumatique**.
- Un événement traumatique est défini **comme un événement au cours duquel le sujet ou d'autres personnes ont pu être menacé(s) de mort, trouver la mort, subir des blessures graves ou des violences sexuelles**.
- L'exposition peut se faire de différentes façons :
 - en étant directement victime,
 - en étant témoin direct,
 - en apprenant que cela est arrivé à un membre de la famille/une personne proche
 - dans un cadre professionnel avec exposition répétée (pompiers, personnels soignants, policiers)

EPIDEMIOLOGIE

- La prévalence sur la vie entière du TSPT serait comprise **entre 5 et 10 % de la population générale.**
- Elle peut être plus importante au sein **des populations exposées aux traumatismes** comme, par exemple,
 - celles qui ont émigré récemment de zones géographiques instables ou en guerre,
 - chez les victimes ou les témoins directs d'attaques terroristes.
- Les études chez les sujets exposés à un traumatisme retrouvent un risque de développer un TSPT d'environ **10 %** mais pouvant aller jusqu'à **50 %**, notamment chez
 - les victimes de viol,
 - les survivants de combats,
 - de détention militaire,
 - de génocide et d'internement ethnique ou politique.
- Le sex-ratio est **de 2 femmes pour 1 homme.**
- Chez l'enfant et l'adolescent, l'exposition directe ou indirecte à un événement traumatique est fréquente (environ 1 sur 4) et 1 enfant sur 10 développe un TSPT avant l'âge de 18 ans

Le tableau clinique

- Pour que la sémiologie psychiatrique du TSPT soit évaluable, il est indispensable que le sujet ait été exposé à un événement traumatique (c'est-à-dire qu'il ait été objectivement exposé à la mort ou une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences).

Syndrome de répétition

- Les patients souffrant de TSPT présentent des reviviscences c'est-à-dire qu'ils revivent involontairement, de manière vivace, envahissante, pénible et répétitive certains aspects de l'expérience traumatique.
- Ces reviviscences peuvent également être nocturnes, il s'agit des cauchemars traumatiques.
- Enfin, les réactions dissociatives sont décrites généralement comme des flash-backs au cours desquels le sujet agit ou se sent comme si l'événement allait se reproduire voire se reproduisait.
- Ainsi « replongé » dans l'événement le sujet perd conscience de la réalité ambiante pendant quelques secondes à quelques minutes.
- Ces reviviscences sensorielles et émotionnelles sont généralement accompagnées d'une réactivité physiologique avec symptômes physiques (palpitations, sueurs, tremblement, polypnée, etc.).

Syndrome d'évitement

- L'évitement des stimuli qui rappellent au sujet le traumatisme est aussi un symptôme-clé pour le diagnostic de TSPT.
- Ces stimuli peuvent être des personnes, des lieux, des situations ou des circonstances qui ressemblent ou sont associés au traumatisme.
- Les patients souffrant de TSPT s'efforcent de chasser tout souvenir rattaché au traumatisme, par exemple en évitant d'y penser (en se mettant à lire, en allumant la télévision ou en appelant un ami) ou d'en parler de manière détaillée, surtout pour les souvenirs les plus difficiles

Hyperactivation neurovégétative

- **Les altérations du sommeil sont généralement au premier plan :** difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu au moindre bruit. La survenue de cauchemars peut participer à ces altérations du sommeil, parce que l'endormissement est redouté ou parce que le rêve traumatique réveille en sursaut.
- **L'irritabilité est souvent rapportée :** tout devient insupportable, « invivable » (le bruit, la foule, certaines situations du quotidien, etc.).
- **L'hypervigilance** (état de qui-vive permanent) est un état d'alarme dont l'objectif est de dépister et d'analyser le moindre stimulus environnemental qui peut être interprété comme une nouvelle menace.
- Cet état s'accompagne souvent de réactions de sursaut exagérées au moindre bruit (claquement de porte, bruit de moteur, sonnerie de téléphone, sirène, etc.). Cette symptomatologie s'accompagne fréquemment d'altérations de la concentration et de la mémoire.

Altérations négatives des cognitions et de l'humeur

- Les distorsions cognitives persistantes concernent non seulement le sujet lui-même (« je suis mauvais », « je n'ai pas su défendre ma famille »), mais également les autres (« ce monstre a détruit ma vie », « on ne peut faire confiance à personne »).
- Le sujet se blâme ou rumine l'implication d'autres personnes en rapport avec l'événement.
- Dans ce contexte, des modifications de l'humeur peuvent également être observées : diminution des intérêts, détachement, incapacité à éprouver des émotions positives.
- Ces symptômes rendent difficiles le diagnostic d'une éventuelle comorbidité avec l'épisode dépressif caractérisé.

Sémiologie en population spécifique

- Chez l'enfant et l'adolescent, les syndromes de répétition et d'évitement de l'enfant sont difficiles à identifier en raison des moindres capacités d'expression verbale et d'abstraction, que chez l'adulte.
- Le syndrome de répétition est souvent caractérisé par la répétition de certains aspects de l'événement traumatique dans les jeux, les dessins et les cauchemars.
- Des comportements agressifs et impulsifs peuvent être au premier plan chez l'adolescent

Les différentes formes cliniques

- On distingue :
- * **les formes dissociatives** avec déréalisation et/ou dépersonnalisation persistantes ou récurrentes ;
- **les formes à expression retardées** : lorsque l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois ou plus après l'événement. Il s'agit en fait de l'aggravation ou de la réactivation symptomatique d'une forme subsyndromique ;
- * **les formes pédiatriques du TSPT** : la symptomatologie est souvent différente de celle rencontrée chez l'adulte. Les symptômes de reviviscence, par exemple, peuvent prendre la forme de répétitions de la scène traumatique sous forme de jeux répétitifs, de dessins ou de rêves effrayants.

Définition de la dissociation

- En fait, la définition de la dissociation est un mécanisme de défense psychologique puissant.
- Autrement dit c'est un processus mentale et cognitif par lequel la personnes se déconnecte.
- Elle se coupe de ses pensées, de ses souvenirs, de ses sentiments, de ses émotions, de ses ressentis... Pouvant aller jusqu'à une perte de son identité.
- D'ailleurs le **dictionnaire [Larousse](#)** donne la définition de dissociation suivante :
 - Action de dissocier, **séparation d'éléments qui étaient unis**
 - Rupture, **dissociation de l'unité intrapsychique du sujet**
 - Synonyme : **discordance**

Les symptômes de la dissociation

- Se sentir **déconnecté de soi**
- **Sentiment d'irréalité** du monde (déréalisation)
- **Confusion d'identité** (dépersonnalisation)
- **Difficulté dans la gestion et la régulation des émotions** parfois intenses
- Trouble du comportement et changement d'humeur inattendu et soudain
- **Dépression et/ou anxiété**
- **Perte importante de mémoire**, c'est dire être dans l'incapacité de se souvenir des personnes, des lieux ou des choses qui ont eu lieu
- **Problèmes cognitifs** (concentration...)

- **3 types de troubles dissociatifs**

1. **Amnésie dissociative**

2. **Dépersonnalisation et déréalisation**

3. **Trouble dissociatif de l'identité (TDI)**

- L'amygdale cérébrale est isolée du cortex ce qui entraîne une déconnection de la victime avec ses perceptions sensorielles, algiques, et émotionnelles, avec une anesthésie émotionnelle, c'est ce qu'on nomme la dissociation traumatique

Diagnostics différentiels

- **Trouble stress aigu** Le **trouble stress aigu** (TSA) désigne l'apparition d'une symptomatologie similaire au TSPT (syndrome de répétition, syndrome d'évitement, hyperactivation neurovégétative, altérations négatives des cognitions et de l'humeur) dans les jours suivant le traumatisme mais ne perdurant pas au-delà d'un mois.
- Le TSA débute typiquement immédiatement après le traumatisme et dure entre 3 jours et 1 mois.
- Son évolution est souvent spontanément résolutive, mais peut aussi se compliquer d'un TSPT.
- Cette évolution défavorable est plus fréquente lorsque le patient présente dans les suites immédiates du traumatisme, une symptomatologie dissociative avec mutisme, errance, état de détachement, dépersonnalisation, déréalisation, voire une amnésie de l'événement ou s'il présente des facteurs de risque (antécédents psychiatriques, antécédents d'autres événements traumatiques).

- **Trouble de l'adaptation**

- Le trouble de l'adaptation se distingue du TSA et du TSPT par sa symptomatologie : absence de syndrome de répétition et de syndrome d'évitement dans le trouble de l'adaptation

- **Trouble obsessionnel**

- compulsif Les patients présentant un trouble obsessionnel compulsif peuvent présenter des idées ou images intrusives mais celles-ci ne sont pas en lien avec un événement traumatique

Comorbidités psychiatriques

- Les comorbidités psychiatriques sont nombreuses avec essentiellement :
 - * **troubles addictifs** : troubles liés à l'usage d'alcool, de tabac, de psychotropes ou d'autres substances psychoactives pour atténuer les symptômes (en particulier les cauchemars traumatiques) ;
 - * **épisode dépressif caractérisé** : les patients souffrant de TSPT avec épisode dépressif caractérisé présentent souvent des idées de honte ou de culpabilité et une baisse du désir sexuel. Le risque évolutif principal de cette comorbidité est le risque suicidaire ;
 - * **autres troubles anxieux** : trouble panique, trouble phobique ou trouble obsessionnel compulsif.

Notions de physiopathologie

- Le TSPT est un trouble secondaire à l'exposition à un événement traumatique.
- Cependant, il ne survient pas systématiquement après un événement traumatique : chaque individu présente un niveau de vulnérabilité plus ou moins important.
- Parmi les facteurs de risque de développer un TSPT, on retrouve :
 - des facteurs génétiques,
 - les caractéristiques de l'événement traumatique (type, sévérité, durée et proximité de l'exposition),
 - la faible qualité du soutien social,
 - le sexe féminin,
 - les antécédents psychiatriques (autres troubles anxieux, troubles dépressifs, etc.),
 - les antécédents d'autres événements traumatiques et un niveau socio-économique bas.

Le pronostic et l'évolution

- La durée des symptômes est variable.
- Dans environ la moitié des cas, une guérison complète survient en trois mois.
- D'autres évolutions sont plus péjoratives comme les formes chroniques pour lesquelles la symptomatologie peut persister plus de douze mois après le traumatisme.
- Dans tous les cas, le risque suicidaire est augmenté indépendamment de la présence d'une complication du type épisode dépressif caractérisé ou trouble lié à l'usage de substance.

La prise en charge psychiatrique

Prise en charge immédiate au décours d'un événement traumatique

- les interventions précoces auprès des victimes sont fréquemment proposées.
- Ces actions ne constituent qu'une première étape et ne peuvent être suffisantes pour éviter le développement d'un TSPT ou d'un TSA.
- À la phase suivant immédiatement le traumatisme, il s'agit de techniques de « **defusing** » ou « **déchocage psychologique** » qui **visent à réduire la charge émotionnelle et à identifier les personnes les plus vulnérables afin de leur proposer des soins spécialisés.**

- **Les principaux objectifs de ces interventions précoces sont :**
- * le repérage et le traitement des patients présentant des manifestations aiguës de stress et notamment une symptomatologie dissociative ;
- * l'information des victimes et de leurs proches sur les modalités évolutives de leurs symptômes et les possibilités d'aide en cas de persistance de ces derniers ;
- * la mise à disposition d'une aide psychologique (possibilité d'une écoute pour les sujets souhaitant verbaliser les émotions souvent violentes ressenties au cours de la situation traumatique).
- Au niveau médicamenteux, aucun traitement n'a aujourd'hui une efficacité suffisante pour être recommandé systématiquement après l'exposition à un événement traumatique

Traitement non pharmacologique du TSPT

- Il s'agit d'un versant primordial de la prise en charge.
- La psychothérapie est centrale chez l'adulte, comme chez l'enfant et l'adolescent. Plusieurs techniques peuvent être utilisées :
- * **les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)** centrées sur le traumatisme sont efficaces d'autant qu'elles sont commencées précocement après le traumatisme.
- Elles ont pour objet
 - la gestion de l'anxiété,
 - la lutte contre les évitements qu'ils soient cognitifs ou comportementaux
- utilisent des techniques classiques telles que **la relaxation, les techniques d'exposition graduée aux stimuli et la restructuration cognitive ;**

- * **la thérapie d'exposition prolongée (TEP)** est une technique de désensibilisation vis-à-vis de l'événement traumatisant.
- L'exposition peut être **imaginaire ou réelle**.
- Elle doit être **progressive, répétée et contrôlée** pour obtenir vis-à-vis du traumatisme un **phénomène d'habituation**.
- Il faut amener le patient à expérimenter la diminution de son anxiété face au stimulus problématique autrement que par l'évitement ;

- * **l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)** repose sur la théorie selon laquelle les symptômes du TSPT sont liés à l'encodage inadéquat des informations attachées à l'événement.
- La procédure d'EMDR vise à **stimuler les processus de traitement de l'information** afin que **les souvenirs de l'événement traumatique acquièrent le statut de souvenirs débarrassés des émotions négatives initiales**.
- Le patient est invité selon une procédure standardisée à évoquer certains éléments de souvenir alors que son attention est focalisée sur des stimuli bilatéraux visuels.

- Ces trois catégories de psychothérapies centrées sur l'événement traumatique sont considérées actuellement comme les traitements de première ligne, plus efficaces que les traitements médicamenteux et donc à proposer en priorité aux patients.
- Enfin, le recours à des groupes de paires ou des associations pouvant apporter une aide sociale et juridique est très important

- **Traitement pharmacologique du TSPT**

- Chez les sujets présentant un TSPT constitué (adulte, enfant ou adolescent), le traitement pharmacologique reposant sur l'usage de certains antidépresseurs type inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ne constitue pas un traitement de première intention mais peut être utilisé pour des sujets présentant des symptômes sévères ou chroniques et ceux ne pouvant pas ou ne souhaitant pas suivre une psychothérapie.
- Il est important de savoir que l'usage des benzodiazépines est à éviter dans les suites d'une exposition traumatique.
- Le traitement symptomatique de l'insomnie, de l'anxiété ou d'autres troubles, doit donc reposer sur les autres catégories de traitements anxiolytiques (antipsychotiques sédatifs, hydroxyzine)

Conclusion

- Le diagnostic du trouble stress post-traumatique repose sur :
 - exposition à un événement traumatique associée à
 - un syndrome de répétition,
 - un syndrome d'évitement,
 - une hyperactivation neurovégétative et
 - des altérations négatives des cognitions et de l'humeur évoluant pendant plus d'un mois après le traumatisme.
- * On porte le diagnostic de trouble stress aigu lorsque les symptômes évoluent depuis moins d'un mois après le traumatisme.
- * La prise en charge du trouble de stress post-traumatique repose d'abord sur les psychothérapies centrées sur le trauma et sur les antidépresseurs.