

TROUBLES ANXIEUX

item 66f

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer un trouble stress post-traumatique.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades de ces différents troubles.

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Événement potentiellement traumatique ; trouble stress aigu ; trouble stress post-traumatique ; symptômes dissociatifs
B	Prévalence, épidémiologie	Prévalence
B	Étiologie	Savoir que l'étiologie est multifactorielle
A	Diagnostic positif	Sémiologie
B	Diagnostic positif	Spécificités chez l'enfant et l'adolescent
B	Diagnostic positif	Critères diagnostiques DSM-5 des troubles stress aigu et stress post-traumatique
A	Prise en charge	Principes généraux de la prise en charge immédiate au décours d'un événement potentiellement traumatique
B	Prise en charge	Principes généraux de la prise en charge des troubles stress aigu et post-traumatique
B	Prise en charge	Indications des traitements non pharmacologiques
B	Prise en charge	Indications des traitements pharmacologiques au long cours chez l'adulte



POINTS CLÉS

- * 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.

1. 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 ou dans un cadre professionnel avec exposition répétée (pompiers, personnels soignants, policiers).

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

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, ou encore 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.

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

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).

Les victimes, témoins ou personnes ayant été brutalement informés qu'un tel événement est arrivé à un de leurs proches sont également concernés.

3.1. 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.).

3.2. 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.

3.3. 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.

3.4. 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.

3.5. 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.

4. LE TROUBLE STRESS POST-TRAUMATIQUE

4.1. Diagnostic positif

Le diagnostic de TSPT repose sur les critères du DSM-5 :

- A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
 2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
 3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami.
 4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. : intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).
- B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
 2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
 3. Réactions dissociatives au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire.
 4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
 5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.
- C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :
1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
 2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

- D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques.
 2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde.
 3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
 4. État émotionnel négatif persistant.
 5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
 6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
 7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives.
- E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
1. Comportement irritable ou accès de colère qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 2. Comportement irréflecti ou autodestructeur.
 3. Hypervigilance.
 4. Réaction de sursaut exagérée.
 5. Problèmes de concentration.
 6. Perturbation du sommeil.
- F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D, E) dure plus d'un mois.
- G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

4.2. Diagnostics différentiels

4.2.1. 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).

Le diagnostic de TSA repose sur les critères du DSM-5 :

- A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
 2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.

3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami.
 4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. : intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).
- B. Présence de neuf (ou plus) des symptômes suivants de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
- * Symptômes envahissants
 1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
 2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
 3. Réactions dissociatives au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire.
 4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
 - * Humeur négative :
 5. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives.
 - * Symptômes dissociatifs
 6. Altération de la perception de la réalité, de son environnement ou de soi-même.
 7. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques.
 - * Symptômes d'évitement
 8. Efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
 9. Efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
 - * Symptômes d'éveil
 10. Perturbation du sommeil.
 11. Comportement irritable ou accès de colère qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 12. Hypervigilance.
 13. Difficultés de concentration.
 14. Réaction de sursaut exagérée.
- C. La durée de la perturbation (des symptômes du critère B) est de 3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme.
- D. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref.

4.2.2. 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 (cf. **Item 66g**).

4.2.3. 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 (cf. **Item 66e**).

4.3. 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.

5. 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.

6. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

6.1. Prise en charge immédiate au décours d'un événement traumatique

En France, 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.

Enfin, il est très important de prendre en compte la dimension sociale et juridique qui a un impact majeur et d'orienter vers des associations spécialisées ou des groupes d'entraide. C'est pourquoi la rédaction d'un certificat médical initial est très importante, même si à cette phase, la personne n'envisage pas de procédure judiciaire. De même, des prélèvements sont à proposer systématiquement en cas d'agression sexuelle.

6.2. 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 et 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.

6.3. 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).



POUR APPROFONDIR

Haute autorité de santé. ALD n° 23 – *Troubles anxieux graves*.

Canini F., El-Hage W. & Garcia R., *Savoir pour soigner : le trouble de stress post-traumatique*, Villers-Les-Nancy, Mona éditions, 2017.