

## **PTSD et troubles liés au stress**

Les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress regroupent des troubles pour lesquels l'exposition à un événement traumatique ou stressant est explicitement notée comme critère diagnostique.

Ils comprennent le trouble stress post-traumatique (PTSD : post traumatic stress disorders), le trouble stress aigu et les troubles de l'adaptation.

### **PTSD « post traumatic stress disorders »**

#### **I- 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).

En Algérie, du fait du terrorisme et des catastrophes naturelles, le psychotrauma est un problème de santé publique.

#### **II- Définition des concepts**

**1-Le stress :** Une réaction réflexe, neurobiologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu à une agression, une menace ou une situation inopinée.

Le stress est une réaction utile, adaptative, dont les effets psychologiques principaux sont :

- la focalisation de l'attention sur une situation menaçante,
- la mobilisation des capacités cognitives (attention, mémorisation, raisonnement)
- l'incitation à la prise de décision et à l'action.

Le « stress adapté » correspond aux réactions de réponse de l'organisme lorsqu'il perçoit un danger. Cette réaction se rapproche du réflexe, elle est inconsciente initialement, et involontaire.

Dans certaines situations, il est possible d'observer une réaction de « stress dépassé ». Celle-ci se caractérise par les manifestations pathologiques que sont la sidération, la fuite panique avec agitation motrice et l'action automatique.

Les personnes confrontées à un événement traumatique, et qui le vivent sur le mode du « stress adapté », ne contractent pas de trauma. Les autres, qui le vivent en « stress dépassé », sur un versant « traumatique », contractent le trauma et peuvent développer par la suite une pathologie psycho traumatique.

**2-Traumatisme psychique** : 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 l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur.

### III- 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.

Le TSPT survient généralement dans les trois mois suivant l'événement traumatique. L'apparition peut en être retardée pendant plusieurs mois, voire plusieurs années.

#### 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 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)

#### 2. Syndrome d'évitement

L'évitement des stimuli qui rappellent au sujet le traumatisme est 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.

### **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.

### **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.

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.

### **5. Chez l'enfant et l'adolescent**

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.

## **IV- 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 irréfléchi 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.

## **V- Diagnostics différentiels**

### **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
- Une amnésie de l'événement
- Présence des facteurs de risque : antécédents psychiatriques, antécédents d'autres événements traumatiques, surtout durant l'enfance.

### **2- Trouble de l'adaptation**

Le trouble de l'adaptation (TA) survient quand les capacités d'adaptation du patient à son milieu sont momentanément dépassées, mais qu'il n'y a pas de symptômes suffisants pour établir un diagnostic de trouble de l'humeur, de trouble anxieux ou d'un autre trouble relié au stress.

Le facteur de stress est identifiable. Il concerne le domaine professionnel et/ou personnel, et constitue un changement imposant une adaptation de la part du sujet.

Il est souvent associé aux transitions dans le parcours de vie (mariage, rupture sentimentale, changement de métier, difficultés financières, etc.).

Certains événements d'apparence « non stressants » (naissance, déménagement, promotion professionnelle) peuvent être à l'origine de TA, notamment chez des patients présentant une vulnérabilité.

Le TA peut aussi faire suite à l'annonce diagnostique d'une pathologie invalidante ou à pronostic défavorable.

Le TA se caractérise par des symptômes émotionnels ou comportementaux qui ne remplissent pas les critères diagnostiques d'un autre trouble psychiatrique caractérisé (épisode dépressif caractérisé, trouble anxieux).

Le caractère pathologique de cette réaction au stress se situe dans l'altération du fonctionnement socio-professionnel.

Ces symptômes apparaissent, par définition, au plus tard dans les 3 mois suivants le début du facteur stress, et disparaissent 6 mois après l'arrêt de ce dernier.

## **VI- Notions de physiopathologie**

Le TSPT 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.

## **VII- Pronostic et 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.

## **VIII- La prise en charge**

### **1- Prise en charge immédiate**

Le Defusing Psychologique prend place dans les toutes premières heures qui suivent le traumatisme sur les lieux mêmes de la catastrophe ou de l'agression. Il s'agit d'un entretien court, allant en général de 10 à 30 minutes.

Il vise 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.

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.

## **2- Les psychothérapies**

- **Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)** : 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.

- **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.

## **3- Traitement pharmacologique**

Antidépresseurs (ISRS) : traitements de référence

Antipsychotiques sédatifs, hydroxyzine : traitement symptomatique de l'insomnie et de l'anxiété

Les benzodiazépines n'ont pas leur place dans le traitement de l'ESPT.

## **4- Prise en charge sociale et juridique**

La continuité de la prise en charge, du repérage jusqu'à la réparation des séquelles est fondamentale.