

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE « PTSD »

I. Introduction – Définition :

- PTSD « post traumatic stress disorders », notion introduite par le DSM III ou ESPT « état de stress post traumatique » selon la traduction française. Notion venant remplacer la névrose traumatique après les retombées de la guerre du Viet- nam.
- P.T.S.D classée comme entité autonome au sein du groupe des troubles anxieux.
- Le P.T.S.D se caractérise par le développement d'un ensemble de symptômes spécifiques faisant suite à l'exposition à un événement traumatique qu'il soit physique et/ ou psychologique. Ce traumatisme constitue un événement hors du commun dépassant les expériences habituelles, vécu avec terreur et prenant le sens d'une rencontre manquée avec la mort.
- A son tour, le CIM10 adopte l'état de stress post traumatique : réactions à un facteur de stress important et troubles de l'adaptation ; mais contrairement à la classification américaine elle fait place à part pour un autre trouble mental post traumatique : les modifications durables de la personnalité après une expérience catastrophe.
- Il est actuellement question de psychotrauma qui est constitué par l'ensemble des manifestations exprimées à la suite d'un événement traumatique manquant, qu'il soit physique et / ou psychologique.

II. Intérêt :

- ✦ Souci de reconnaître le P.T.S.D qui est un phénomène de société contemporain des périodes d'après guerre et de conjonctures de violence.
- ✦ En Algérie, du fait du terrorisme, des catastrophes naturelles, le psychotrauma est un problème de santé publique.
- ✦ Entité nosologique nouvelle pour nos spécialistes.
- ✦ Maladie chronique, grave et invalidante.
- ✦ Intervention rapide et prévention.

III. Historique :

- Janet 1889, puis Freud 1893, s'intéressent au rôle pathogène du traumatisme psychique, Freud proposa la méthode « cathartique » pour la guérison de ces troubles.
- Un regain d'intérêt a été apporté aux névroses traumatiques par le développement de la psychopathologie des victimes de viols, mauvais traitements, enlèvement ainsi que la psychiatrie des catastrophes naturels (tremblements de terre, inondations, accidents grave.....).
- Enfin le terme de « névrose traumatique » est remplacé par celui de PTSD ou ESPT dans le DSM III.
- Le DSM IV R précise et cerne mieux cette entité déjà classée dans les troubles anxieux.

IV. Définition des concepts :

Le traumatisme psychique doit être différencié du stress.

1. L'évènement stressant :

- C'est un évènement banal, habituel, commun (exemple examens, divorce, décès.....).
- Il est différent du traumatisme.
- On peut parler de facteur stressant.
- Il existe l'eustress par opposition du distress (des agressions).

2. La réaction de stress :

C'est une réaction biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense. Elle est quasi réflexe et automatique, elle est utile et d'exception, due aux décharges d'adrénaline et de cortisol.

a. La réaction de stress adaptée :

➤ Physiologique :

- Libération d'adrénaline → augmentation du sucre sanguin.
- Fuite de la masse sanguine de la périphérie aux organes nobles.
- Tachycardie.
- Augmentation TA.

➤ Psychologique :

- Augmentation du niveau de vigilance.
- Focalise l'attention.
- Augmentation des capacités d'évaluation, de mémorisation et de raisonnement.
- Incite à l'action.
- Symptômes neurophysiologiques : Pâleur, sueur, tachycardie, spasmes.
- Il s'agit d'une tension psychique, coûteuse en énergie physiologique et psychologique.
- Le stress normal se mue en stress dépassé lorsqu'il devient intense, trop prolongé ou se répète à de courts intervalles.

b. La réaction de stress dépassé :

Qui peut se traduire soit par :

- ✓ Une sidération stuporeuse.
- ✓ Une agitation motrice avec fuite panique.
- ✓ Des actions automatiques (état second).

3. Événement traumatique ou traumatisant :

- ♦ **Événement** : définition du Larousse : Du latin, evenir : arriver, ce qui se produit, arrive ou apparaît. C'est un fait, une circonstance unique ou répétée. Il peut être heureux ou malheureux, exceptionnel.
- ♦ **Événement traumatique** : C'est un événement hors du commun, dépassant le domaine des expériences habituelles (deuil, mariage,...) vécu avec terreur et qui prend le sens d'une rencontre manquée avec la mort.
- ♦ **Caractéristiques du trauma** : Rencontre avec le réel de la mort, d'abord avec sa propre mort ou de son alter - ego (personne à qui on peut s'identifier et qui peut présenter ce qui est bon ou mauvais en soi (collègue, soldat) il s'agit le plus souvent d'un mort horrible. Cet événement provoque le processus qui est le trauma ou traumatisme psychique.

4. Traumatisme psychique ou psychotrauma :

- Terme emprunté à la pathologie chirurgicale. Désigne un phénomène psychique d'effraction et d'envahissement et débordement du psychisme.
- Le psychisme a ses défenses rompues par les stimulations violentes et urgentes apportées par la situation d'agression et il se trouve incapable de faire face à cette agression, de la maîtriser, soit qu'il ne dispose plus d'énergie nécessaire à cette maîtrise, soit qu'il soit incapable d'organiser son système de défense, soit enfin qu'il ne parvienne pas à saisir le cas de l'agression par rapport au sens de son existence.

5. Critères de symptôme de DSM IV R :

A- Le sujet a été exposé à un évènement traumatique dans lequel les 2 éléments suivants étaient présents :

- ✓ Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un évènement ou à des évènements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacé de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
- ✓ La réaction du sujet à l'évènement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

N.B : chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations

B- L'évènement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. Souvenirs répétitifs et envahissants de l'évènement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.
N.B : chez les jeunes enfants, peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects de traumatisme.
2. Rêves répétitifs de l'évènement provoquant un sentiment de détresse.
N.B : chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissables.
3. Impression ou agissements soudains : « comme si » l'évènement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment revivre l'évènement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back) y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication.
N.B : chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.
4. Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices intenses ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatique en cause.
5. Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'évènement traumatique en cause.

C- Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et épuisement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins 3 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 un aspect important du traumatisme.
- 4- Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
- 5- Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
- 6- Restriction des affects (par ex : incapacité à éprouver des sentiments tendres).
- 7- Sentiments d'avenir « bouché » (par ex : pense ne pas pouvoir faire carrière, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D- Présence de symptômes persistants traduisant une activation neuro-végétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins 3 des manifestations suivantes :

1. Difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu.
2. Irritabilité ou accès de colère.
3. Hyper vigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.

E- La perturbation : (symptôme de critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F- La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

- Aigu : si la durée des symptômes est de moins de 3 mois.
- Chronique : si la durée des symptômes est de 3 mois ou plus.

Spécifier si :

Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins 6 mois après le facteur de stress.

V. Clinique :

La névrose traumatique est caractérisée par le syndrome de répétition traumatique, précédé par une période dite de latence. Elle n'est pas totalement silencieuse mais sa symptomatologie n'a pas le caractère spécifique de la répétition. Elle témoigne déjà, cependant, de la fixation à l'évènement traumatique. L'histoire naturelle de la maladie commence donc dès la rencontre avec un tel évènement. L'irruption de la marque spécifique du syndrome de répétition traumatique en constitue le temps fort de l'évolution et l'étape à partir de laquelle, dans la période d'état, s'opère la révélation de la maladie.

A. Les suites immédiates :

Les troubles aigus peuvent s'observer dans les suites immédiates de l'évènement. Ils sont divers :

- Effroi, anxiété, réaction dépressive, crises névropathiques, états d'agitation, états de prostration, stupeur.....etc.
- Manifestations psychosomatiques : céphalées, vomissements, diarrhée, HTA, dyspnée asthmatiforme, urticaire, eczéma, troubles neuro-végétatifs.

A ce stade, il n'existe aucun indice de Pc individuel irréfutable.

B. Période de latence ou de médiation ou d'incubation :

- C'est une phase constante dans tout syndrome de répétition post-traumatique.
- Elle est variable selon les situations et les individus, allant de quelques heures à quelques jours, à plusieurs mois voir des années.
- C'est un temps apparemment silencieux, il montre cependant divers signes : replis sur soi, difficulté d'adaptation, symptômes anxieux, insomnies, syndromes neuro- végétatifs, euphorie paradoxale avec hyper activité, somatisation, troubles du caractère.
- **Motif de consultation :**
Rarement, il fait état du syndrome de répétition traumatique le plus souvent, ils consultent pour les motifs suivants :
 - ✓ Troubles du sommeil.
 - ✓ Manifestation dépressive (surtout dépression masquée).
 - ✓ Conduite toxicomaniaque, appétence médicamenteuse, conduites anti-sociales.
 - ✓ Réactions caractérielles.

C. Phase d'état :

1. Le syndrome de répétition post traumatique :

Pathognomonique du psychotrauma : il comprend plusieurs modalités cliniques aux cours desquelles le patient revit l'expérience traumatique (conditions exactes du lieu, des personnes, de situations qui ont été celle de son déroulement).

✘ **Les cauchemars de répétition** : surtout.

- Reproduit l'évènement traumatique dans les conditions exactes de lieu, de personnes, de situation qui ont été celles de son déroulement.
- Caractérisé par sa fixité et perturbe le sommeil de chaque jour, réveils avec sursauts, angoisse majeure, symptômes végétatifs.
- Il s'agit d'une répétition « revécue » de la scène initiale

✘ **Autres formes de répétition** :

- ♦ Ruminations épuisantes.
- ♦ Evocations rassurantes.
- ♦ Pensées forcées qui révoquent la scène traumatisante.
- ♦ Tics et sursauts.
- ♦ Impressions soudaines que l'évènement va se reproduire.
- ♦ Gestes de défense ou d'agression.
- ♦ Fuite comme si l'évènement se reproduisait.
- ♦ Etat d'alerte permanent avec évitement des stimuli associés au traumatisme.

2. **Les symptômes névrotiques associés** : symptômes d'empreinte et non pathognomoniques :

Le syndrome de répétition traumatique va entraîner un infléchissement du mode d'être et de relation aux autres qui se traduira par :

- ✓ Sentiment d'être incompris.
- ✓ Retrait, attente exigeante, plaintes multiples : quérulence.
- ✓ Conflits familiaux, sauts d'humeur, indifférence à la sexualité.
- ✓ Baisse de l'efficacité intellectuelle, retentissement professionnel.

Selon les cas, prédominant :

- × Symptômes hystériques (conversion : cécité, céphalée en casque...).
- × Plaintes hypocondriaques.
- × Troubles phobiques.
- × Symptômes obsessionnels (ruminations, rituels, vérifications).

VI. Diagnostic différentiel :

- ✚ **Troubles de l'adaptation** : le facteur de stress n'est pas extrême (départ du conjoint, licenciement ...).
- ✚ **Etat de stress aigu** : survient dans les 4 semaines qui suivent l'évènement traumatique, les perturbations durent en moyenne 2 jours et au max 4 semaines.
- ✚ **T.O.C** : les pensées intrusives, répétitives sont éprouvées comme inopportunes et ne sont pas associées au vécu d'un évènement traumatique.
- ✚ **Simulation** : doit être éliminée dans les situations où une restriction financière, une procédure d'indemnisation et des déterminants médico-légaux jouent un rôle.
- ✚ **Autres** : les Flash back du PTSD doivent être distingués des illusions, hallucinations et autres perturbations perceptuelles rencontrés dans la Sx, delirium, troubles psychotiques induits par une substance ou une affection médicale généralisée.

VII. Evolution :

Il s'agit d'une affection durable, chronique, grave et invalidante, même si au fil des années, le syndrome de répétition traumatique peut sembler parfois s'atténuer.

- ❖ **Sans TRT** : elle accompagne le sujet pour le restant de sa vie malgré ses efforts pour se changer l'existence. Toutefois, le syndrome de répétition le plus souvent s'espace, s'atténue au profit d'un enkystement caractériopathique de la névrose qui se manifeste alors par des troubles de la personnalité.

- Δ **Troubles anxieux** : troubles paniques, anxiété généralisée, TOC, troubles phobiques.
- Δ **Etats dépressifs** : fréquemment observés dès le 10^{ème} jour, plus perceptible après 3ans de l'évènement traumatique.
- Δ **Modification durable de la personnalité** : Il ne s'agit pas d'un type de personnalité constitutionnelle, ni acquise de l'enfant mais ce qu'est devenue la personnalité après le traumatisme CROCQ décrit la personnalité traumatique,
 - Sa vie relationnelle est perturbée par l'apparition de traits caractériels et colère (irritabilité, agressivité....), il faut encourager cette colère qui est un moyen d'expression. Sa personnalité est devenue craintive, inhibée, régressive, dépendante mais aussi quérulente et exigeante d'attention et réhabilitation, avec recours parfois aux substances toxiques.
 - Sentiment de culpabilité, d'autant plus tenace qu'il soit indemne du drame. C'est la culpabilité du survivant, les 1^{ères} interventions sur le terrain doivent aller vers la déculpabilisation.
 - Troubles sexuels : impuissance, frigidité, baisse de la libido, vaginisme, surtout pour les victimes de viol.
- Δ **Troubles des conduites** :
 - Abus d'alcool et de substances toxiques : dans un but anxiolytique et hypnotique.
 - Impulsivité et perturbation du fonctionnement quotidien.
 - Tentatives de suicide : lors d'un raptus anxieux ou dans le cadre d'un état dépressif.
- Δ **Troubles psychotiques** : psychose schizophrénique ou accès délirants aigus, le délire est surtout interprétatif et persécutif.
- Δ **Répercussions familiales et professionnelles** :
 - Au début, l'entourage se préoccupe de la victime, mais ultérieurement les troubles susciteront incompréhension, exaspération et rejet, ce qui aggravera son isolement social et affectif.
 - Parfois une surprotection de la part de l'entourage : 'position de malade', les symptômes post- traumatiques s'enkystent et se chronicisent.
 - Sur le plan professionnel : ces patients se sentent incapables de travailler et cumulent les fautes.
 - L'isolement social, la perte des activités professionnelles et l'évitement phobique retentissent fortement sur la vie socioprofessionnelle et affective du sujet.
- ❖ **Traitee précocement** : la névrose traumatique a une expression atténuée dans laquelle les répétitions sont moins chargées émotionnellement et les perturbations de la personnalité moins gênantes permettant ainsi une réhabilitation sociale quasi normale.

VIII. Prise en charge :

Elle comprend 3 volets : médico-psychologique, social et juridique, selon l'évolution, conjuguant chimio et psychothérapie et nécessitent la collaboration entre psychiatres et psychologues.

L'équipe de psychothérapeutes doit intervenir d'abord immédiatement après le traumatisme puis doivent assurer la prise en charge ultérieure à long terme.

A) Prise en charge médico-psychologique :

- 1- Phase immédiate : 0-24h (réaction de stress).
- 2- Phase post immédiate : 24h- 8j.
- 3- Phase différée : 8 jours ou plus.

Il y a des techniques utilisées qui sont spécifiques à chaque phase et adaptées aux besoins du sujet, victime d'un évènement traumatique potentiel et en fonction de l'expression symptomatique.

1- Phase immédiate :

On parlera de prise en charge à chaud où on installera le plan ORSEC. Les intervenants sont multiples (médecins généralistes, chirurgiens, ...).

- L'examen somatique est nécessaire.
- Le patient doit être accueilli comme un enfant en détresse.
- Favoriser la parole sans l'imposer.
- Eviter au max l'isolement et la rupture de lieu.
- Renseigner et informer.
- Soutenir et prendre en charge le stress dépassé.
- Le thérapeute doit montrer l'empathie pour gagner la confiance de la victime ; doit montrer sa disponibilité, son inquiétude, son souci et son engagement vis-à-vis de sa victime.
- Les besoins physiologiques (alimentations, boissons,...) ne sont en rien accessoires.
- Le patient doit être réintégré le plus vite possible dans sa collectivité, afin de recréer le lien qui a été rompu par le traumatisme.
- L'utilisation des psychotropes (sédatifs, anxiolytiques) ne doit être utilisés que dans les cas extrêmes (sidération, agitation importante). Ils sont parfois nécessaires pour atténuer une détresse débordante.
- Prévention de l'installation du PTSD et ce par le DEBRIEFING psychologique.

2- Phase post immédiate :

- Qui peut correspondre soit à la queue de stress, soit à la phase de latence soit au psychotrauma.
- L'intervention peut être individuelle ou collective.
- DEBRIEFING : le traitement consiste idéalement à faire revivre l'évènement traumatisant accompagné de sa charge émotionnelle. Cette méthode est libératrice car elle permet la verbalisation ainsi que la mentalisation du traumatisme afin d'éviter l'installation des ruminations, cauchemars et flash.
- Elle permet également de dépister les sujets à risque qui nécessitent une prise en charge psychothérapique ou chimiothérapique.

3- Phase différée :

Il s'agit de troubles qui ne sont malheureusement pas ou trop tardivement diagnostiqués. On parlera de prise en charge à froid (sous-entendu après 1 temps vécu douloureusement). Il s'agit d'une prise en charge au long cours.

Elle est du ressort des spécialistes, psychiatres et psychologues à travers des cellules d'écoute, des consultations de psychologie et de psychiatrie.

L'essentiel du traitement est foncièrement psychothérapique.

► **La chimiothérapie :**

Les psychotropes utilisés sont essentiellement les anxiolytiques (BZD, NLP sédatifs) et les AD (tricycliques, ISRS). Le thérapeute peut avoir recours aussi aux thymorégulateurs et plus rarement aux NPL incisifs dans les épisodes psychotiques.

Des études ont montrés que les ISRS étaient indiqués en 1^{ère} intention pour la majorité des symptômes spécifiques et non spécifiques :

- ✓ Pensées intrusives.
- ✓ Manifestations anxieuses.
- ✓ Flash-back.
- ✓ Irritabilité/ colères clastiques.
- ✓ Reviviscence, attaques de panique et évitement relatifs au trauma.
- ✓ Sentiment de torpeur/ détachement/ perte d'intérêt.

► **Psychothérapies :** elles sont multiples à proposer.

B) Prise en charge sociale :

- › L'approche communautaire, par le biais de personnes ressources (famille, assistante sociale...) œuvre dans le sens d'une réinsertion socio- professionnelle et familiale. Elle insiste sur le fait que ce problème concerne toute la communauté (famille, quartier, employeurs, services publics...).
- › Créer des cellules d'écoute, des associations, dans numéros d'urgence.

C) Prise en charge juridique :

Le volet juridique a pour rôle d'apporter protection aux victimes et de les éclairer sur leurs droits.

Conclusion :

« Un être qui a presque traversé le miroir, qui a passé la limite entre la vie et la mort, n'en revient jamais indemne. Même si sa cicatrice est de bonne texture, elle demeure indélébile ».

La sensibilisation à la problématique du traumatisme psychique encourage le respect et la reconnaissance vis-à-vis de la victime et évite l'amplification du trauma.

La qualité du support familial et social d'un individu est un élément déterminant du Pc après un traumatisme psychique.

Par ailleurs, le rôle du thérapeute est de structurer l'environnement de la victime et de le rendre efficace afin qu'il constitue un authentique auxiliaire thérapeutique. Plus il sera pris en compte, soutenu, plus il pourra devenir un élément essentiel de soutien pour la victime.