



L'état de stress post-traumatique

Document de travail pour le

Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle
et de l'assurance contre les accidents du travail

Février 2010

préparé par D^{re} Diane Whitney, MD, FRCPC, BCETS
Professeure adjointe
à l'Université Western Ontario et à l'Université de Toronto

Psychiatre au Thunder Bay Regional Health Centre, la D^{re} Diane Whitney continue à mettre l'accent sur ses domaines d'intérêt, y compris les troubles complexes de l'humeur accompagnés d'antécédents traumatiques co-morbides, les dépendances et les troubles de la personnalité. La D^{re} Whitney agit à titre d'experte-conseil pour un programme pour les femmes dans un centre de traitement en établissement.

Par le passé, la D^{re} Whitney a été directrice des services cliniques du programme pour les femmes du Centre for Addictions & Mental Health – Institut psychiatrique Clarke de Toronto. Elle a joué un rôle-clé dans l'élaboration d'un programme de service aux patientes hospitalisées et non hospitalisées atteintes de troubles complexes de l'humeur.

La D^{re} Whitney participe à la formation des étudiants en médecine, des résidents et des généralistes. Son enseignement se concentre sur les états complexes de stress post-traumatique, les troubles de l'humeur, les dépendances, les questions féminines, etc. Elle a décidé de se réinstaller à Thunder Bay pour se concentrer sur l'enseignement à la Northern Ontario Medical School.

La D^{re} Whitney est détentrice d'un certificat de spécialiste de l' American Academy of Experts in Traumatic Stress. Elle a aussi de l'expérience auprès des personnes souffrant de stress de combat à titre de médecin militaire de chevet de l'armée canadienne pendant la première guerre du Golfe Persique en 1990-1991.

Ce document de travail médical sera utile à toute personne en quête de renseignements généraux au sujet de la question médicale traitée. Il vise à donner un aperçu général d'un sujet médical que le Tribunal examine souvent dans les appels.

Ce document de travail médical est l'œuvre d'un expert reconnu dans le domaine, qui a été recommandé par les conseillers médicaux du Tribunal. Son auteur avait pour directive de présenter la connaissance médicale existant sur le sujet, le tout, en partant d'un point de vue équilibré. Les documents de travail médicaux ne font pas l'objet d'un examen par les pairs, et ils sont rédigés pour être compris par les personnes qui ne sont pas du métier.

Les documents de travail médicaux ne représentent pas nécessairement les vues du Tribunal. Les décideurs du Tribunal peuvent s'appuyer sur les renseignements contenus dans les documents de travail médicaux mais le Tribunal n'est pas lié par les opinions qui y sont exprimées. Toute décision du Tribunal doit s'appuyer sur les faits entourant le cas particulier visé. Les décideurs du Tribunal reconnaissent que les parties à un appel peuvent toujours s'appuyer sur un document de travail médical, s'en servir pour établir une distinction ou le contester à l'aide d'autres éléments de preuve. Voir *Kamara c. Ontario (Workplace Safety and Insurance Appeals Tribunal)* [2009] O.J. No. 2080 (Ont Div Court).

Traduction réalisée par les services de traduction certifiés retenus par le Tribunal : Martin Malette, M.A., trad. a. Membre de l'Association canadienne des réviseurs et traducteur agréé de l'Association des traducteurs et interprètes de l'Ontario.

Version 2.0

Historique

On associe depuis longtemps les traumatismes à des symptômes psychologiques et à l'invalidité. Diverses appellations ont été utilisées pour désigner les conséquences des traumatismes de guerre, y compris « cœur irritable » (guerre de Sécession des États-Unis), « traumatisme dû au bombardement » (Première Guerre mondiale), « épuisement au combat » (Seconde Guerre mondiale) et « état de stress post-traumatique » (guerre du Vietnam). Depuis ce dernier conflit, le diagnostic d'état de stress post-traumatique (ÉSPT) s'est élargi pour englober des traumatismes non reliés à la guerre comme les accidents du travail, les catastrophes naturelles et les accidents de la route. Les séquelles des agressions sexuelles et des mauvais traitements physiques pendant l'enfance sont reconnues comme une forme d'ÉSPT qui pèse sur le développement de la personnalité, les relations interpersonnelles et la régulation de l'affect (la capacité d'éprouver divers sentiments) jusqu'à l'âge adulte. La récente guerre en Iraq a mené à un réexamen des traumatismes de guerre et à de nouvelles techniques de traitement. En particulier, le rôle des blessures à la tête dans l'ÉSPT a été réévalué.

Définition de l'ÉSPT

Traumatisme : Pour qu'un ÉSPT survienne, le sujet doit avoir été victime ou témoin d'un événement traumatique entraînant le décès ou des risques de décès ou des blessures physiques graves pour lui ou autrui. Selon la 4^e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM IV) publié par l'American Psychiatric Association, la réaction du sujet doit comporter une peur intense, un sentiment d'impuissance ou de l'horreur. Dans cette version du DSM, on reconnaît donc un aspect subjectif au traumatisme, et l'accent passe de la gravité du traumatisme à la réaction du sujet. D'autres révisions seront probablement apportées dans le DSM V.

Groupes de symptômes : Le DSM IV identifie trois groupes de symptômes définissant l'état de stress post-traumatique : la reviviscence de l'événement traumatisant; l'évitement et l'émoussement des émotions; la vigilance accrue. Un diagnostic d'ÉSPT est posé uniquement si les symptômes persistent au moins un mois et provoquent une profonde détresse ou nuisent au fonctionnement, ou les deux.

La reviviscence de l'événement traumatisant peut prendre une ou plusieurs des formes suivantes :

- souvenirs répétitifs et envahissants et cauchemars au sujet de l'événement;
- agissements ou impressions comme si le traumatisme allait se reproduire;
- souffrance psychologique ou réactivité physiologique intenses quand le sujet est exposé à des indices évoquant un aspect de l'événement traumatisant.

L'évitement de stimuli associés au traumatisme et l'émoussement général de la réactivité se caractérisent par au moins trois des manifestations suivantes :

- évitement de pensées, de sensations ou de conversations liées au traumatisme;
- évitement d'activités pouvant éveiller le souvenir du traumatisme (endroits ou personnes);

- amnésie par rapport à un aspect important de l'événement;
- diminution marquée de l'intérêt à l'égard d'activités importantes;
- sentiments de détachement;
- gamme restreinte d'humeurs;
- sentiment d'un avenir « amputé ».
- Les symptômes d'**hyperveil** se caractérisent par au moins deux des manifestations suivantes :
 - difficultés à s'endormir ou à demeurer endormi;
 - irritabilité ou accès de colère;
 - difficultés à se concentrer;
 - hypervigilance;
 - réaction de sursaut exagérée.

Sous-types d'ÉSPT : L'ÉSPT aigu se caractérise par des symptômes d'une durée de moins de trois mois. Quand les symptômes persistent pendant plus de trois mois, on parle d'un trouble chronique. Dans certaines situations, les symptômes d'ÉSPT peuvent se manifester longtemps après l'événement traumatisant. Quand les symptômes se manifestent six mois après l'événement, on parle de survenue différée. Malheureusement, il n'y a pas d'intervalle reconnu entre le traumatisme et l'apparition d'un ÉSPT. Dans certaines circonstances, l'ÉSPT survient des dizaines d'années après le traumatisme initial par suite d'un rappel du traumatisme (par exemple des anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale chez qui un ÉSPT survient 30 ans plus tard) ou du vécu d'un autre traumatisme (par exemple un traumatisme dans la petite enfance sans ÉSPT apparent suivi d'un ÉSPT après être victime de harcèlement sexuel à l'âge adulte).

Syndrome de stress aigu

Avant le DSM IV, il n'y avait ni entité diagnostique ni terme clinique pour désigner les symptômes qui se manifestent immédiatement après un traumatisme. Dans les milieux militaires, on employait l'expression « réaction de stress de combat » dans les cas de traumatisme aigu lié à des activités de guerre, mais les publications psychiatriques civiles ont adopté un terme analogue seulement récemment. L'entité diagnostic de stress aigu (ESA) a vu le jour lors de la parution du DSM IV. Dans l'ESA, les symptômes se manifestent et se résorbent au cours des quatre semaines suivant le traumatisme. Si les symptômes persistent plus de quatre semaines, le diagnostic indique un ÉSPT. Le syndrome de stress aigu n'a pas fait l'objet d'études approfondies jusqu'à maintenant, mais des travaux de recherche plus poussés pourraient aider à mieux comprendre qui risque de contracter un ÉSPT et à déterminer les interventions pouvant réduire le risque qu'un ESA ne se transforme en ÉSPT. Des séances d'aide sont offertes dans différents milieux après un stress dû à un traumatisme grave, mais les bienfaits d'une telle intervention prêtent à controverse et quelques études semblent indiquer que cela pourrait même être nocif dans certaines circonstances. D'après des données plus récentes résumant une méta-analyse par Roberts et collaborateurs (2009), aucune intervention psychologique ne peut être recommandée systématiquement à la suite d'événements traumatisants.

Les interventions sous forme de séances multiples ou individuelles peuvent avoir un effet indésirable chez certaines personnes. Dans l'état actuel des choses, aucune intervention n'est recommandée systématiquement dans les cas de traumatisme aigu.

Épidémiologie – Prévalence de l'ÉSPT

Selon plusieurs études épidémiologiques (Kessler 1995), le taux d'ÉSPT au cours de la vie serait de 8 % dans la population générale aux États-Unis. Il existe une différence entre les sexes : 5 % des hommes et 10 % des femmes connaissent un ÉSPT au cours de leur vie. Les données canadiennes sont peu nombreuses : une étude démontre une prévalence à un mois de 2,7 % chez les femmes et de 1,2 % chez les hommes (Stein 1997). De 40 à 60 % environ des sujets en ÉSPT présentent des symptômes qui deviennent chroniques, c'est-à-dire persistant plus de six mois. De plus, la co-morbidité – c'est-à-dire différents troubles coexistant avec l'ÉSPT – est un phénomène très courant. Jusqu'à 80 % des sujets en ÉSPT souffrent aussi d'autres troubles comme un trouble dépressif majeur, des troubles anxieux et des troubles d'abus d'alcool ou d'autres drogues.

Évolution de l'ÉSPT

Dans l'étude de l'évolution de l'ÉSPT, il faut prendre soigneusement en considération les particularités du traumatisme ainsi que les caractéristiques des sujets concernés.

Le traumatisme : La prévalence de l'exposition à des événements traumatisants pendant toute une vie est élevée dans la population générale. Au Canada, on estime que 74 % des femmes et 81 % des hommes sont exposés à un événement pouvant provoquer un ÉSPT. Le risque d'ÉSPT (risque conditionnel) par suite de l'exposition à un traumatisme est estimé à 10 à 25 %. Les types de traumatismes varient selon les sexes : les femmes sont souvent victimes de traumatismes d'ordre interpersonnel, comme le viol et les agressions sexuelles pendant l'enfance alors que les hommes sont souvent victimes de violence physique ou d'accidents ou sont témoins de violence. Malgré la plus grande prévalence de l'exposition à des événements traumatisants chez les hommes, les femmes sont plus portées à contracter un ÉSPT (même en contrôlant le type de traumatisme). L'ÉSPT est aussi plus susceptible de survenir dans les cas de violence interpersonnelle, comme l'agression ou le viol, que dans les cas de catastrophe naturelle.

Selon le *Detroit Area Survey of Trauma* (Breslau 1998), les traumatismes sources d'ÉSPT sont : les voies de fait graves (39 %); le décès inattendu d'un proche (31 %); autre blessure ou état de choc (22 %); être informé d'un traumatisme (7 %).

Traits de personnalité : Le trait de personnalité le plus significatif, qui explique l'essentiel de la variance dans l'apparition d'un ÉSPT, est la tendance à la névrose ou « affectivité négative ». Ce tempérament se caractérise par une facilité réactionnelle sous forme d'angoisse et de dépression (Bowman 1999). Un deuxième facteur important est celui du locus de contrôle, c'est-à-dire ce que le sujet perçoit comme le foyer de contrôle ou de responsabilité à l'égard de l'événement. S'il y a un décalage entre ce que le sujet perçoit comme le foyer de contrôle approprié et le foyer de contrôle réel, un ÉSPT sera plus susceptible de survenir (par exemple si la personne croit qu'elle devrait pouvoir contrôler l'événement alors qu'elle ne peut pas). Les antécédents de traumatisme antérieur augmentent sensiblement le risque d'ÉSPT. Les traumatismes multiples sont un phénomène courant et le risque d'ÉSPT s'accroît exponentiellement au fil des traumatismes multiples ou de l'adversité

subis au cours de la vie (Paris 2000). Il est important de reconnaître l'existence de facteurs pouvant protéger contre l'ÉSPT; au nombre de ces facteurs, mentionnons les croyances complexes au sujet du soi, la foi religieuse, l'engagement politique et l'efficacité personnelle.

Certains auteurs (Bowman 1999) soutiennent que les différences personnelles (c'est-à-dire les vulnérabilités) sont plus importantes que les caractéristiques de l'événement. Selon le DSM IV, l'événement doit comporter des décès ou des risques de décès ou des blessures physiques graves pour le sujet ou pour autrui et la réaction du sujet doit comporter une peur intense, un sentiment d'impuissance ou de l'horreur. Le foyer de causalité commence donc à glisser des caractéristiques du traumatisme vers le sujet qui est vulnérable et à risque. La question de savoir si les facteurs personnels sont plus pertinents que le traumatisme lui-même est toutefois controversée dans les publications scientifiques. Il est important d'éviter que la victime soit blâmée de manifester un ÉSPT lié à des facteurs de risque et à des vulnérabilités qui lui sont propres.

À l'heure actuelle, il n'y a pas de consensus au sujet de l'importance relative de la vulnérabilité personnelle et des caractéristiques du traumatisme dans l'apparition d'un ÉSPT. Il vaut mieux conceptualiser l'ÉSPT comme le résultat de l'interaction entre, d'une part, le sujet présentant des vulnérabilités et des facteurs de risque et, d'autre part, le traumatisme, son type, ses particularités et sa signification.

Facteurs de risque de l'ÉSPT

Il faut envisager les facteurs de risque sur un continuum englobant les périodes précédant le traumatisme, celles coïncidant avec le traumatisme et celles suivant le traumatisme (pré-traumatisme, péri-traumatisme et post-traumatisme).

Pré-traumatisme : Certaines études semblent indiquer une contribution génétique à l'ÉSPT. À partir d'un registre de jumeaux remontant à l'époque de la guerre du Vietnam, Xian et collaborateurs (2000) ont avancé que 35,5 % de la variance de l'ÉSPT pourrait être attribuée à des facteurs génétiques. Une part de cette variance pourrait être commune aux facteurs génétiques propres à la pharmacodépendance et à la dépendance à l'alcool, mais 20 % était attribuable à des facteurs génétiques propres à l'ÉSPT.

Les facteurs de risque pré-traumatiques les plus fréquents comprennent le sexe féminin, les antécédents psychiatriques, les mauvais traitements au cours de l'enfance et les antécédents psychiatriques familiaux. Il faut souligner que ces facteurs ont une plus grande valeur prédictive de l'ÉSPT au sein de certaines populations, c'est-à-dire celles formées de combattants par opposition aux populations formées de civils.

Péri-traumatisme : La valeur prédictive de facteurs péri-traumatiques varie en fonction du type de traumatisme. Par exemple, la gravité du traumatisme a une plus grande valeur prédictive lorsque le traumatisme survient en situation de combat. Les traumatismes attribuables à l'intention de nuire (par opposition aux traumatismes naturels ou accidentels) pourraient être plus prédictifs d'un ÉSPT et indiquer un rétablissement plus difficile (Brewin et coll. 2000). La dissociation du péri-traumatisme (déconnexion émotionnelle ou le fait de « s'évader ») est un facteur prédictif d'un diagnostic d'ÉSPT de plus de six mois et environ 30 % de la variance de l'intensité des symptômes d'ÉSPT lui ont été attribués.

Post-traumatisme : Le manque de soutien social est le principal facteur de risque post-traumatique de l'ÉSPT. La gravité de symptômes aigus permet de prédire l'ÉSPT; cependant, l'ÉSPT peut survenir en l'absence de tout symptôme aigu (Yehuda 1998). Des recherches préliminaires semblent indiquer que les symptômes post-traumatiques aigus de fréquence cardiaque et de sursaut accrus prédisent l'ÉSPT.

L'ÉSPT dans le temps

La majorité des sujets en ÉSPT finissent par se rétablir. Par exemple, une étude longitudinale menée par Shalev et Yehuda en 1999 a démontré que 58 % des patients s'étaient rétablis après neuf mois. Par contre, une part importante de patients estimée à 15 à 25 % met des années à se remettre. En moyenne, la progression clinique de l'ÉSPT s'étend sur une période de 20 ans, au cours desquels les sujets connaissent en moyenne 3,3 épisodes qui durent chacune sept ans (Greenberg 1999).

Solomon (2006) a effectué une étude unique dans le cadre de laquelle il a suivi des soldats israéliens pendant 20 ans à la suite de la guerre du Liban de 1982. 214 vétérans de cette guerre ont été évalués dans une perspective longitudinale. De ce nombre, 131 avaient eu une « réaction de stress de combat » pendant la guerre et 83 n'en avaient pas eu. Les évaluations ont eu lieu après un, deux, trois et 20 ans. Les résultats ont révélé une proportion beaucoup plus élevée de symptômes post-traumatiques persistants chez les vétérans qui avaient eu une réaction de stress de combat que chez les vétérans qui n'en avaient pas eue. Au fil des ans, le nombre de symptômes a diminué pendant la troisième année et il a augmenté de nouveau 17 ans plus tard. L'auteur montre que la réaction de stress de combat n'est pas une atteinte psychologique mineure. Le sujet perd son sens de sécurité et de maîtrise, et il souffre de vulnérabilité et d'impuissance existentielle.

Outils d'évaluation

Il y a toute une gamme d'entrevues structurées et d'instruments d'auto-évaluation pour évaluer l'ÉSPT. Ces instruments sont généralement utilisés dans le cadre de programmes et par des cliniciens spécialisés dans les interventions auprès des victimes de traumatisme. La plupart des cliniciens individuels comptent sur l'entretien clinique pour poser un diagnostic. L'échelle « CAPS » (l'échelle ÉSPT administrée par le clinicien) qui est souvent employée offre des renseignements sur le diagnostic et le degré des symptômes. Ce test est le plus souvent administré dans une clinique spécialisée dans les traumatismes. L'« IES » (l'échelle d'impact des événements de Horowitz) est largement répandue, mais cet instrument omet le groupe des symptômes d'hypervigilance. D'autres échelles servent à mesurer la fréquence et la gravité des symptômes. L'échelle de traumatisme de Davidson est un instrument d'auto-évaluation comportant 17 éléments servant à rendre compte du degré de l'ÉSPT, et elle nécessite donc moins de temps à administrer. Cette échelle mesure la gravité et la fréquence des trois groupes de symptômes du DSM IV et tend à tenir compte des effets de réaction au traitement. Les outils d'évaluation normalisés peuvent aider à poser un diagnostic et à surveiller l'efficacité du traitement au fil du temps. La difficulté consiste à inclure ce genre d'outil dans la pratique clinique habituelle.

Nouvelles découvertes liées à l'ÉSPT

Parmi les découvertes pertinentes d'anomalies structurelles du cerveau, mentionnons la taille considérablement plus petite de l'hippocampe (une structure participant au traitement mémoriel) et de l'amygdale gauche (une structure participant au centre de traitement des émotions) chez les sujets en ÉSPT. Lors d'une étude de Nardo menée en 2009, 43 victimes de traumatismes au travail ont été soumises à un examen d'imagerie neurologique (morphométrie voxel par voxel). On a remarqué une densité cérébrale moindre chez celles en ÉSPT, en particulier au niveau des cortex limbique et paralimbique. Les auteurs ont conclu que l'ÉSPT se caractérisait par des perturbations mémorielles et dissociatives.

Diagnostic

L'erreur de diagnostic la plus fréquente en ce qui concerne l'ÉSPT est d'omettre de se renseigner sur les antécédents de traumatisme (Davidson 1999). Il est souvent difficile de distinguer l'ÉSPT d'autres troubles puisqu'il comporte de nombreux symptômes d'autres troubles mentaux. L'incidence élevée de co-morbidité (la présence d'autres troubles) complique aussi le diagnostic, car le sujet peut se plaindre de symptômes de dépression ou d'anxiété.

Les sujets ayant des antécédents de traumatisme sont plus portés à consulter leur médecin de famille que les services de santé mentale. Les patients faisant état des symptômes suivants devraient être soumis à des tests de dépistage de l'ÉSPT : troubles du sommeil; somatisation (symptômes physiques multiples); co-morbidité avec anxiété ou troubles dépressifs; abus d'alcool ou de substances; idées de suicide; forte consommation de services médicaux.

Il peut s'écouler un certain temps avant l'apparition de l'ÉSPT. Si les symptômes surviennent plus de six mois après le traumatisme, on parle de survenue différée de l'ÉSPT. Il arrive quelquefois que les symptômes d'ÉSPT se manifestent des années plus tard. Cela se voit souvent dans le contexte d'un autre traumatisme ou d'un rappel important du premier traumatisme. À titre d'exemples, mentionnons un agent de police qui est témoin d'un accident de la route très grave qui lui rappelle d'autres accidents de la route, une femme victime de mauvais traitements dans l'enfance qui se met à présenter des symptômes de traumatisme quand elle rencontre son agresseur à l'âge adulte.

Il peut se produire des erreurs de diagnostic dans les cas d'ÉSPT. Des épisodes de rappel d'images (flashbacks) pourraient être considérés comme des hallucinations. Une hypervigilance pourrait être vue comme de la paranoïa. L'émoussement pourrait être confondu avec un trouble dépressif. L'hyperéveil pourrait être vu comme un signe d'anxiété ou de trouble de l'humeur. Un comportement d'évitement pourrait être mal identifié comme un trouble schizoïde ou un trouble de la personnalité d'évitement.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic d'ÉSPT pose un défi sur deux plans : l'obtention des antécédents de traumatisme et la distinction de l'ÉSPT par rapport aux troubles de co-morbidité. Selon l'étude menée par Kessler sur la co-morbidité (1995), 79 % des femmes et 88 % des hommes ayant reçu un diagnostic d'ÉSPT au cours de leur vie remplissaient aussi les critères d'au moins un autre trouble psychiatrique au cours

de leur vie. Les troubles co-morbides les plus fréquents sont le trouble dépressif majeur, d'autres troubles anxieux et l'abus d'alcool ou la dépendance alcoolique.

Chez les personnes qui ont subi une lésion physique, la reconnaissance de l'ÉSPT et son traitement peuvent accuser du retard. Les symptômes d'ÉSPT pourraient être confondus avec des symptômes physiques. Dans une étude portant sur des travailleurs blessés présentant des douleurs chroniques lors d'une invalidité, 34 % ont signalé des symptômes compatibles avec un ÉSPT tandis que 18 % ont déclaré des symptômes compatibles avec un ÉSPT partiel (Asmundson 1998).

Le diagnostic différentiel doit tenir compte de la simulation lorsque l'indemnisation est en jeu, surtout dans les cas d'accidents du travail, d'accidents de la route ou chez les militaires. Il faut faire preuve de vigilance surtout dans les cas où le patient brûle d'envie de discuter de son traumatisme, car la plupart des sujets dans un ÉSPT authentique préfèrent éviter d'en discuter.

Traitement

Le traitement de l'ÉSPT comporte des interventions psychosociales et pharmacologiques. La norme de traitement actuelle est un modèle à séquence proposé par Courtois, Chu et d'autres chercheurs. Ces auteurs insistent sur l'importance de titrer et d'imposer un rythme dans le travail thérapeutique ainsi que de travailler par étapes (préliminaire, intermédiaire et terminale). Les victimes de traumatisme doivent acquérir des aptitudes fondamentales en autogestion de la santé. Avant d'explorer le traumatisme en profondeur, il faut maîtriser les symptômes tels que les rappels d'images flashbacks), les cauchemars et la dépression. Il faut cultiver une relation thérapeutique pour permettre au sujet de communiquer ses antécédents de traumatisme en toute sécurité sans renouveler le traumatisme ni le déstabiliser. Le plan de traitement doit tenir compte de la co-morbidité et de la gravité de l'ÉSPT. Des troubles co-morbides comme l'abus d'alcool ou d'autres drogues et la dépression pourraient aussi nécessiter un traitement spécifique et ces traitements pourraient être nécessaires avant de prodiguer un traitement pour le traumatisme. Certains principes directeurs ont récemment été mis au point pour l'ÉSPT, y compris ceux de l'Expert Consensus (Journal of Clinical Psychiatry) et ceux de l'International Society of Traumatic Stress (ISTSS). Puisque ces principes directeurs n'ont pas été diffusés largement au Canada, ils sont sans doute connus uniquement par les praticiens spécialistes des traumatismes.

Traitemen ts psychiques

La psychoéducation au sujet de l'ÉSPT est une intervention précoce pouvant être offerte aux victimes de traumatisme et à leur famille. Les victimes doivent apprendre quels sont les symptômes courants de l'ÉSPT, y compris les symptômes cognitifs, comportementaux et affectifs, ainsi que tout changement de leurs croyances fondamentales, par exemple que le monde est devenu un endroit dangereux. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) se révèle le traitement le plus efficace contre l'ÉSPT. Elle permet de confronter les croyances irrationnelles de culpabilité et de sécurité et de les modifier. La thérapie d'exposition s'est révélée particulièrement efficace : une amélioration chez 60 à 70 % des patients (Foa 2000). Le sujet élabore une hiérarchie de situations dont elle a peur pour ensuite être graduellement exposé à la situation qu'elle craint tout en employant des techniques de détente pour calmer son angoisse. La D^{re} Francine Shapiro a mis au point un traitement prêtant à controverse pour soigner l'ÉSPT : l'EMDR (la désensibilisation des mouvements oculaires et le retraitement). Ce traitement promet une amélioration relativement rapide des symptômes. La

technique fait appel à la stimulation bilatérale du cerveau par des mouvements oculaires ou des sons afin de retraiter les souvenirs. Des composantes d'imagerie et de cognition y sont aussi associées. Des recherches ultérieures devraient clarifier le rôle de l'EMDR et son efficacité.

Un traitement qui est beaucoup utilisé est la technique psychologique du débriefage consistant en une consultation psychoéducative et de soutien dispensée dans les 24 à 48 heures après le traumatisme. Cette technique sert à normaliser la réaction au traumatisme et à encourager le recours à des astuces d'adaptation appropriées. Les publications récentes mettent toutefois en doute l'efficacité de ce type d'intervention et quelques études semblent indiquer que cela pourrait même être nocif pour certains sujets, c'est-à-dire rendre l'ÉSPT plus susceptible de se manifester. Pour l'instant, le débriefage de groupe à la suite d'un événement traumatique n'est pas recommandé.

Traitement pharmacologique

Les ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine), soit la fluoxétine (Prozac), la paroxétine (Paxil) et la sertraline (Zoloft), ont fait l'objet d'études approfondies, et on a constaté que ces produits entraînent une baisse des symptômes dans les trois groupes de symptômes chez 40 à 85 % des sujets. Le groupe de symptômes sur lequel ces agents ont le moins d'impact est celui des symptômes d'évitement. La paroxétine (Paxil) est le seul ISRS au Canada ayant une indication formelle pour le traitement de l'ÉSPT. Des études ont démontré une amélioration des symptômes au bout de cinq à six semaines avec 20 ou 40 mg par jour de paroxétine. Aux États-Unis, la sertraline (Zoloft) est le seul ISRS ayant reçu l'approbation de la FTA pour le traitement de l'ÉSPT. D'autres ISRS, y compris la fluoxétine, la fluvoxamine, le citralopram et la néfazodone, ont fait l'objet d'études ouvertes démontrant leur efficacité chez diverses populations souffrant de traumatismes. Il est important de noter les populations qui ont servi à l'étude, soit des combattants et des civils souffrant de traumatismes interpersonnels par opposition à des traumatismes découlant de catastrophes naturelles. Il existe des preuves préliminaires d'efficacité pour des agents à action double (noradrénaline et sérotonine) comme la venlafaxine et la mirtazapine.

D'autres classes de médicaments ont aussi été utilisées pour traiter l'ÉSPT. On a réussi à réduire jusqu'à un certain point les symptômes de reviviscence et de vigilance en faisant appel à des régulateurs de l'humeur, y compris la carbamazépine et le valproate. Des régulateurs de l'humeur d'origine plus récente, y compris le topiramate, donnent des résultats prometteurs, particulièrement à l'égard du trouble du sommeil. Les régulateurs classiques de l'humeur ont été utilisés quand le sujet était labile, impulsif ou agressif. Les antipsychotiques atypiques ont donné certains résultats à l'égard des troubles du sommeil, de la dissociation ainsi que de l'hypervigilance poussée jusqu'à la paranoïa. Pour l'hypervigilance, on emploie quelquefois la clonidine et le propranolol.

Dénouements à long terme et coûts économiques

Les résultats les plus défavorables surviennent chez les victimes de traumatismes dans l'enfance, particulièrement dans les cas de traumatismes répétitifs. Une enquête nationale sur la co-morbidité (National Co-Morbidity Survey) a permis d'établir un lien entre l'ÉSPT et des probabilités 40 % plus élevées d'échec à l'école secondaire et à l'université, une hausse de 150 % des probabilités de chômage au cours d'une épisode et une probabilité d'instabilité conjugale 60 % plus élevée. Étant donné la co-morbidité associée au traumatisme, les chances de guérison sont réduites en présence de traumatismes multiples et de diagnostics additionnels multiples.

Il existe un lien entre l'ÉSPT et la mortalité. Les sujets en ÉSPT sont six fois plus portés à tenter de se suicider que les sujets de groupes témoins. L'ÉSPT entraîne des tentatives de suicide plus nombreuses que tous les autres troubles anxieux.

L'ÉSPT entraîne la perte de 3,6 jours de travail par mois pour une perte annuelle de productivité s'élevant à 3 milliards de dollars en moyenne aux États-Unis. Le degré de perte de productivité dans un cas d'ÉSPT est similaire à celui observé dans un cas de dépression.

Conclusion

L'état de stress post-traumatique est une maladie mentale chronique pouvant survenir après exposition à un événement de la vie susceptible d'entraîner des décès ou des blessures graves. Dans l'étude de l'ÉSPT, les chercheurs ont commencé par se concentrer sur le traumatisme et ils ont surtout tenté de qualifier la gravité et la nature du traumatisme à l'origine d'un tel état. Cependant, des études détaillées ont démontré que le risque relatif d'apparition d'un ÉSPT était seulement de 10 à 25 % après exposition à un événement traumatisant. Ces résultats ont amené les chercheurs à se concentrer sur les vulnérabilités et les facteurs de risque chez les sujets exposés, c'est-à-dire les victimes. Les facteurs de risque de pré-traumatisme les plus uniformes se sont révélés être : le sexe (féminin); les mauvais traitements pendant l'enfance; les antécédents psychiatriques familiaux. D'autres facteurs pertinents liés à l'apparition d'un ÉSPT comprennent la dissociation au moment du traumatisme, la gravité du traumatisme (subi au cours de combats) et le soutien perçu après l'événement.

En ce qui concerne le Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, le problème le plus important est de déterminer l'importance des traumatismes subis sur les lieux du travail et des symptômes consécutifs. Il faut tenir compte de l'effet de traumatismes antérieurs ainsi que de leur contribution à la situation actuelle. Le problème de la comorbidité est aussi crucial : les sujets ayant un pronostic plus sombre tendent à présenter davantage de troubles psychiques. Il incombe au comité ou vice-président de brosse le complexe tableau des traumatismes du sujet (traumatismes au travail, traumatismes antérieurs) et de déterminer dans quelle mesure le traumatisme subi au travail a contribué à la déficience. Pour ce faire, le comité ou vice-président peut s'instruire au sujet des traumatismes, examiner les dossiers de cas et collaborer en vue de rendre des décisions cohérentes.

Références bibliographiques pour l'ÉSPT :

Asmundson GJ, Norton GR, Allardings MD, Norton PJ, Larsen DK. (1998) Posttraumatic stress disorder and work-related injury. *J Anxiety Disord* 12(1):57-69.

Bowman ML. (1999) Individual differences in posttraumatic distress: problems with the DSM IV model. *Can J Psychiatry* 44(1):21-33.

Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. (1998) Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 55:626-632.

- Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. (2000) Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Clin & Consult Psychology* 68 (5):748-66.
- Courtois CA. (1999) *Recollection of Sexual Abuse-Treatment Principles and Guidelines*. New York: Norton.
- Chu JA. (1998) *Rebuilding Shattered Lives-The Responsible Treatment of Complex Post-Traumatic and Dissociative Disorders*. New York: John Wiley.
- Foa EB. (2000) Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 61: suppl 5:43-8.
- Friedman MJ. (2000) *Post Traumatic Stress Disorder-The Latest Assessment and Treatment Strategies*. Kansas City: Compact Clinicals.
- Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, Finkelstein SN, Berndt ER, Davidson JR, Ballenger JC, Fyer AJ. (1999) *J Clin Psychiatry* 60(7) 427-35.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. (1995) *Arch Gen Psychiatry* 52 (12):1048-60.
- Meichenbaum D. (1994) *A Clinical Handbook/Practical Therapist Manual for Assessing and Treating Adults with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)*. Waterloo: Institute Press.
- Nardoo D, Hogberg G, Looi JC, Larsson S, Hallstrom T & Pagan M. Gray matter density in limbic and paralimbic cortices is associated with trauma load and EMDR outcome in PTSD. (2009) *J Psychiatr Res*: Epub ahead of print.
- Paris J. (2000) Predispositions, personality traits, and posttraumatic stress disorder. *Harv Rev Psychiatry* 8(4):175-83.
- Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson J. (2009) Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database Syst Rev* July 8;(3): CD006869.
- Rosenblum D, William M, Watkins BE. (1999) *Life after Trauma-A Workbook for Healing*. New York: Guilford Press.
- Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. (1997) Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *Am J Psychiatry* 154(8):1114-9.
- Solomon Z, Mikulincer. (2006) Trajectories of PTSD: A 20-Year Longitudinal Study. *Am J Psychiatry* 2006: 163:659-666.
- Yehuda R, McFarlane AC, Shalev AY. (1998) Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biol Psychiatry* 44(12): 1305-13.