

L'état de stress post-traumatique

Contenu :

« Le développement d'un stress post-traumatique dépend d'interrelations complexes entre la nature du traumatisme, les caractéristiques de la victime, sa situation sociale et les réseaux de soutien qui lui sont accessibles. Dans chaque cas, cependant, une caractéristique centrale est la formation d'un souvenir traumatique de l'évènement. L'enjeu est donc de comprendre quelles sont les dimensions de l'évènement qui sont à l'origine de ce souvenir traumatique et quels sont les facteurs qui vont aboutir à ce que ce souvenir traumatique se manifeste par la suite dans des troubles aigus et chroniques. » Edna FOA, 2006

Le traumatisme est défini comme un évènement au cours duquel le sujet ou d'autres personnes ont pu être menacé(s) de mort, trouver la mort ou encourir des blessures graves, et qui entraîne chez le sujet une réaction de frayeur, un sentiment d'horreur et d'impuissance.

Contexte épidémiologique

La prévalence du trouble sur la vie entière en population générale serait de 1%.

L'enquête de santé publique post-attentats du 13 novembre (ESPA 13-Novembre) a été menée auprès des civils et des intervenants.

Le TSPT a été mesuré par la PCL-5 (Post-Traumatic Stress Disorder Checklist Scale, version DSM-5).

L'impact auprès des civils impliqués était important, avec un trouble de stress post-traumatique (TSPT) probable pour 54% des menacés directs (directement visés, blessés), 27% des témoins sur place et 21% des témoins à proximité.

Globalement, 5% des intervenants présentaient un TSPT. Les proportions de TSPT allant de 3,5% chez les sapeurs-pompiers de Paris à 9,9% parmi les forces de l'ordre, 8 à 12 mois après les attaques.

Les disparités observées pourraient s'expliquer par les natures différentes des attentats¹ et des expositions, ainsi que par la diversité des missions et rôles des intervenants selon les pays.

http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/38-39/2018_38-39_3.html

Une étude^[i] menée en 2005 à la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris (BSPP) retrouvait pour 11% des sapeurs-pompiers interrogés un score compatible avec un ESPT.

Dans une population professionnelle similaire comme le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) une étude^[ii] retrouvait un ESPT chez 9% du personnel, toutes fonctions confondues.

Critères diagnostics de l'état de stress post-traumatique (selon le DSM V)

Critères A : avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ;

3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ;

4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex. premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).

Remarque : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.

Critères B : Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants.
2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse.
3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel).
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;
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 traumatisants.

Critères C : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ;
2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

Critères D : Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien ou la consommation d'alcool ou de drogues) ;
2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde, (p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde entier est dangereux. », « Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente ») ;
3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ;
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;

6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;

7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).

Critère E : Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;

2. Comportement irréflecti ou autodestructeur ;

3. Hypervigilance ;

4. Réaction de sursaut exagéré ;

5. Problèmes de concentration ;

6. Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).

Critère F : La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

Critère G : La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.

Critère H : La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

1. Dépersonnalisation : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex. sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ;

2. Déréalisation : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex. le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

Avec manifestation différée :

Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat).

L'évolution du syndrome de stress post-traumatique

D'après BRESLAU et DAVIS (2002) 60% des victimes d'événements traumatiques présenteraient des symptômes significatifs au-delà d'un an. Les victimes non traitées peuvent rester symptomatiques des années. L'état clinique à 3 mois est un bon indicateur de l'état clinique à long terme si la personne n'est pas traitée. Les trois premiers mois les

symptômes ont tendance à diminuer graduellement après l'activation des ressources adaptatives du sujet afin de faire face à l'événement traumatique. Certains parviendront à digérer cette expérience traumatique et seront indemnes d'ESPT.

Pour d'autres sujets par contre : le contexte de l'événement, les facteurs aggravants déclencheurs, pré-traumatiques et de maintien sont trop sévères et la symptomatologie perdurera au delà de 3 mois. Les symptômes resteront stables et s'ils ne sont pas traités peuvent demeurer chroniques (SHALEV, BONNE et SPENCER, 1996). Des mécanismes de maintien se mettent en place et chronicisent les symptômes (renforcement des évitements, épuisement des ressources adaptatives, distorsions cognitives, soutien social défaillant...). Au delà de trois mois de persistance des symptômes, on caractérisera l'ESPT de chronique;

Par ailleurs, l'ESPT apparaît chez 70% des individus ayant présenté des réactions aiguës au stress (DUBOIS et al, 1999). Les données de littérature affirment que l'ESPT est un facteur de risque déterminant dans l'apparition de comorbidités: dépression, addictions... (SOLOMON, 1993).

Le traitement du syndrome de stress post-traumatique

Dans le cadre d'une prise en charge intégrative, la prescription médicamenteuse ne peut se concevoir sans être accompagnée d'une psychothérapie spécifique.

Les Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC) ainsi que l'Eye Movement Desensitization and reprocessing (EMDR) ont démontré leur efficacité dans le traitement d'un état de stress post-traumatique.

Le soutien de la famille et des proches est important et s'associe aux facteurs protecteurs.

Le dépistage

La Posttraumatic stress disorder CheckList-5 (PCL-5)

Cette échelle a été créée par WEATHERS et al en 2013 et traduite en français par DESBIENDRAS. C'est un questionnaire d'auto-évaluation de 20 items qui évalue les symptômes de l'ESPT selon les critères du DSM V. Cet instrument permet de dépister les individus avec un ESPT, d'établir un diagnostic provisoire d'ESPT et de pouvoir évaluer les changements symptomatiques avant et après le traitement. Il existe plusieurs formats de la PCL5. La cotation des items va de 0 "pas du tout" à 4 "extrêmement". Une valeur seuil de 38 suggère la présence d'un ESPT. Un diagnostic provisoire peut être obtenu en considérant tout item avec un score de 2 et plus comme étant présent.

Remarque : cette échelle (PCL-5) est la version actualisée et conforme aux critères diagnostiques du stress post-traumatique du DSM-V. La cotation ne se fait pas de la même façon que pour l'échelle PCL-S plus ancienne et basée sur le DSM-IV, puisqu'il n'y a plus 17 mais 20 questions. Cependant l'échelle PCL-S peut toujours être utilisée car il y a très peu de changements dans les critères diagnostiques de l'ESPT entre le DSM IV et le DSM V.

Mélanie GUAGENTI,

Infirmière sapeur-pompier volontaire (SIS 2B) et de la CUMP de Haute-Corse

Prix ENSOSP 2018 sur le dépistage du stress post-traumatique des sapeurs-pompiers

[>Retrouvez le mémoire de Mélanie GUAGENTI : le dépistage des troubles post-traumatiques des sapeurs-pompiers en visite de maintien d'activité<](#)

melanieguagenti2b@gmail.com

Jean-Marie STEVE

Médecin Référent en santé en service de l'ENSOSP

Jean-marie.steve@ensosp.fr

[i] L.Jehel, P.Louville et al, « retentissement psychologique du stress professionnel dans un SAMU » J.Européen Urgences 1999 ;4 : 157-64

[ii] L.Crocq, « Stress, trauma et syndrome psychotraumatique », Soins psychiatriques, vol 188, 1997, pp 7-13

