



Quelle est l'ampleur du problème ?

Avec un patient comme M. Boileau, le médecin se sent parfois impuissant face à la souffrance qu'il constate et frustré face à une invalidité qu'il doit attester sans bien la comprendre. La multitude de formulaires à remplir s'accompagne progressivement d'un sentiment d'échec.

On estime qu'environ 50 % des gens sont exposés au cours de leur vie à un ou à des événements traumatisants extrêmement graves¹. On estime aussi que près de 8 % de la population générale souffrira d'un état de stress post-traumatique à la suite d'une telle expérience. Or, ces patients consultent fréquemment pour des problèmes physiques, et ils ne font pas toujours le lien entre leurs symptômes et l'événement. Ils ne parlent d'ailleurs pas facilement de leur traumatisme, par évitement ou par culpabilité. Souvent, malgré un isolement et une importante dysfonction entraînant des difficultés professionnelles et conjugales, le diagnostic échappe au médecin, et le patient ne reçoit aucun traitement. Le problème devient chronique et de plus en plus difficile à traiter. Dans certains cas, on trouve encore des symptômes marqués 10 ans après l'événement. Pourtant, il existe des traitements pouvant diminuer considérablement la durée de ce syndrome. Une intervention précoce pourrait même réduire le risque d'en être atteint.

Comment le médecin de famille peut-il soupçonner rapidement un état de stress post-traumatique, éta-

Le Dr Wilfrid Boisvert, omnipraticien, exerce au sein de l'équipe de santé mentale du CLSC-CHSLD Sainte-Rose, à Laval.

L'état de stress post-traumatique

par Wilfrid Boisvert

Il y a un peu plus de six mois, un conducteur ivre a perdu le contrôle de son véhicule sur une route glacée et a traversé le terre-plein. M. Boileau n'a pas réussi à freiner à temps ni à l'éviter. Un terrible accident en a résulté, dans lequel son épouse a perdu la vie. Depuis ce temps, M. Boileau se plaint de céphalées, de dorsalgie, de troubles de concentration et d'insomnie. Il n'a pas pu retourner au travail. Sa famille le croit déprimé.

blir un plan de traitement approprié et éviter le plus possible à son patient une morbidité prolongée ?

Comment reconnaître rapidement un état de stress post-traumatique ?

Pour engendrer un état de stress post-traumatique, il faut un événement extrêmement grave, qui suscite une peur intense, l'horreur ou le désespoir : un accident grave, une catastrophe naturelle, la guerre, une agression physique ou sexuelle, une prise d'otages ou la torture, par exemple. Le patient peut en être directement victime ou personnellement témoin, ou apprendre qu'un proche était impli-

qué dans la tragédie. Notons que la perte d'un emploi, un divorce, un échec scolaire ou la mort prévue d'un parent âgé sont des situations pouvant être très perturbantes, mais elles ne causent pas un état de stress post-traumatique. Dans certaines circonstances particulièrement tragiques, le suicide d'un proche peut le provoquer.

Une fois l'événement traumatique connu, le médecin recherchera les symptômes du problème et évaluera tant le degré de détresse psychologique que la gravité de l'atteinte fonctionnelle. Le *tableau I* énumère les différentes caractéristiques diagnostiques de l'état de stress post-traumatique chez l'adulte.

Le *tableau II* propose quelques

On estime qu'environ 50 % des gens seront exposés au cours de leur vie à un ou à des événements traumatisants extrêmement graves. On estime aussi que près de 8 % de la population générale souffrira d'un état de stress post-traumatique à la suite d'une telle expérience.

Pour engendrer un état de stress post-traumatique, il faut un événement extrêmement grave, qui suscite une peur intense, l'horreur ou le désespoir : un accident grave, une catastrophe naturelle, la guerre, une agression physique ou sexuelle, une prise d'otages ou la torture, par exemple.

Repères

Tableau I

Les différentes caractéristiques de l'état de stress post-traumatique

- Le patient a vécu un événement traumatique extrêmement grave dont il a été victime ou témoin, ou a appris qu'un proche était impliqué dans la tragédie ; cet événement lui a causé une peur intense, de l'horreur ou du désespoir.
- Il revit constamment l'événement traumatique sous forme de souvenirs, de rêves, d'impressions ou de réactions soudaines, comme si l'événement allait se reproduire (pouvant inclure des hallucinations et des *flashbacks*) et de réactions intenses psychologiques ou physiologiques lorsqu'il est exposé à ce qui lui rappelle un aspect de l'événement.
- Le patient évite de façon persistante les pensées, sentiments, conversations, activités, endroits ou personnes associés au traumatisme. Il souffre d'un émoussement de la réactivité générale : perte d'intérêt pour des activités importantes, sentiment d'être détaché d'autrui ou étranger par rapport aux autres, restriction des affects, sentiment que l'avenir ne lui réserve rien.
- Une augmentation de l'activité neurovégétative se manifeste par des difficultés d'endormissement ou un sommeil interrompu, de l'irritabilité, des accès de colère, de la difficulté à se concentrer, une hypervigilance, et par des soubresauts exagérés.
- Cet ensemble de symptômes doit durer depuis plus d'un mois et entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou autre.

On parle d'un état de stress post-traumatique « aigu » si les symptômes durent moins de trois mois, et « chronique » s'ils durent trois mois ou plus. On dira qu'il est différé si les symptômes apparaissent au moins six mois après le facteur de stress. Si le tableau clinique dure depuis 2 à 28 jours, on posera un diagnostic d'état de stress aigu.

questions simples permettant de mettre en lumière un possible état de stress post-traumatique.

Sur le plan des facteurs de vulnérabilité, plus les antécédents de troubles psychiatriques personnels et familiaux sont lourds, plus il y a eu avant le tra-

umatisme des problèmes psychosociaux et des événements particulièrement stressants, plus le patient est prédisposé à l'état de stress post-traumatique. Néanmoins, quelqu'un qui n'avait aucun antécédent particulier peut très bien en souffrir.

Le risque de souffrir d'un état de stress post-traumatique s'accroît lorsque l'événement est intense, horrifiant et chronique, lorsqu'il est d'origine humaine, particulièrement quand l'agresseur est un proche, et lorsque le traumatisme est de nature intime.

Repère

Les facteurs liés aux caractéristiques mêmes de l'événement traumatique sont beaucoup plus significatifs. Le risque de souffrir d'un état de stress post-traumatique s'accroît lorsque l'événement est intense, horrifiant et chronique, lorsqu'il est d'origine humaine, particulièrement quand l'agresseur est un proche, et lorsque le traumatisme est de nature intime. Le viol, par exemple, peut comporter tous ces éléments et représente donc un risque élevé. La répétition d'événements traumatiques augmente aussi les risques. L'événement traumatique perturbe le sens de soi et le sentiment de sécurité.

D'autres facteurs interviennent après le traumatisme. Le soutien de l'entourage a un effet protecteur appréciable. Quand, au contraire, les proches ne donnent pas de soutien, sont incrédules ou même blâment et culpabilisent, le tableau clinique s'aggrave et les capacités d'adaptation diminuent. La « revictimisation » après une déclaration d'inceste ou de viol en est un exemple. Le fait de vivre d'autres expériences stressantes dans les six mois suivant le traumatisme augmente le risque de souffrir d'un état de stress post-traumatique et, le cas échéant, sa gravité. On doit être particulièrement attentif à ce diagnostic face à des immigrants qui ont vécu des événements traumatisants dans leur pays et doivent maintenant s'adapter à de nouvelles conditions dans un contexte d'isolement social et d'insécurité. Des séquelles de blessures physiques sont aussi facteurs de vulnérabilité.

Le tableau clinique de l'état de stress post-traumatique est très variable, et comporte une multiplicité de symptômes. Son association à d'autres troubles psychiatriques est la règle plutôt que l'exception. La dépression ma-

jeure, la dysthymie, l'anxiété généralisée, le trouble panique, l'agoraphobie, la toxicomanie, le trouble obsessionnel-compulsif, la phobie sociale et la somatisation sont fréquemment des diagnostics concomitants. Une étude sur des états de stress post-traumatique survenus à la suite d'une guerre² a trouvé chez plusieurs sujets des symptômes psychotiques tels que des hallucinations auditives évoquant des thèmes de combat ou de culpabilité et un affect inapproprié ou émoussé. Cependant, les états dissociatifs sont beaucoup plus fréquents : ils sont perçus sans les organes des sens, c'est-à-dire que la personne a l'impression de voir des images ou d'entendre des voix dans sa tête, contrairement à celle qui, hallucinée, a l'impression que les images ou les voix perçues par ses yeux ou ses oreilles existent réellement. Le patient se sent souvent coupable d'être vivant, ou de ne pas avoir suffisamment aidé les autres, ou de ce qu'il a dû faire pour survivre, ou encore il s'attribue plus de responsabilité qu'il n'en a réellement. Les traumatismes psychologiques extrêmement graves peuvent aussi contribuer à l'apparition ou à l'aggravation de problèmes médicaux tels qu'un syndrome du côlon irritable ou des troubles immunologiques. On a constaté chez certains sujets une diminution du taux de cortisol sanguin qui pourrait expliquer l'exacerbation de maladies auto-immunes.

Le diagnostic différentiel inclut un trouble mental dû à une affection systémique, un trouble provoqué par une substance toxique, un trouble psychotique, un épisode dépressif majeur, un trouble d'adaptation, l'exacerbation d'un trouble mental préexistant, et la simulation. Il faut tenir compte des symptômes déjà présents

Tableau II

Quelques questions pour dépister un état de stress post-traumatique

- Avez-vous vécu un événement terrible mettant en danger votre vie ou votre sécurité, ou celles des autres ?
- Est-ce que des pensées, des images ou des souvenirs de cet événement viennent vous hanter constamment ?
- Êtes-vous porté à éviter des activités, des endroits, des gens ou des situations qui vous rappellent l'événement ?
- Vous sentez-vous étranger par rapport aux autres, ou détaché d'eux ?
- Avez-vous perdu intérêt ou plaisir pour des choses que vous aimiez ?
- Vous sentez-vous stressé, anxieux, sur vos gardes, et sursautez-vous de façon exagérée ?

avant l'événement, tel un trouble de personnalité.

Les trois phases du traitement

Le soutien de l'omnipraticien

Le médecin de première ligne joue un rôle de prévention important, car une intervention précoce sur les premières manifestations aiguës est beaucoup plus efficace qu'une intervention tardive en phase chronique. Il écoute le patient sans le juger et l'aide à comprendre qu'il est normal dans les circonstances d'être bouleversé et d'avoir des symptômes perturbants, qu'il précise avec le patient. Il l'informe sur ce qu'est l'état de stress post-traumatique et le rassure sur le pronostic : 50 % des

patients sont complètement guéris dans les trois mois suivant le traumatisme. Il lui offre un soutien émotif, apaise sa culpabilité et le revalorise. Il l'encourage à parler avec sa famille et ses amis de l'événement et des sentiments qui en découlent. Il sensibilise aussi sa famille et ses proches à l'importance de l'écouter patiemment, souvent, sans juger, et d'être tolérant envers ses réactions émotives. En effet, parler de l'événement a pour la victime l'effet d'une thérapie d'exposition par l'imagination. La thérapie d'exposition vise la désensibilisation de l'anxiété causée par ce qui rappelle le traumatisme en y exposant le patient progressivement, en imagination ou en réalité. Quand le tableau clinique

Le tableau clinique de l'état de stress post-traumatique est très variable, et comporte une multiplicité de symptômes. Son association à d'autres troubles psychiatriques est la règle plutôt que l'exception.

Le médecin de première ligne joue un rôle de prévention important, car une intervention précoce sur les premières manifestations aiguës est beaucoup plus efficace qu'une intervention tardive en phase chronique.

Repères

Encadré

IVAC : Indemnisation des victimes d'actes criminels au Québec. Toute personne blessée au Québec par suite d'un acte criminel peut bénéficier de l'IVAC. La blessure peut être une lésion corporelle, une grossesse faisant suite à une agression sexuelle, un choc nerveux ou mental. La demande d'indemnisation se fait auprès de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).

CAVAC : Centre d'aide aux victimes d'actes criminels. Il s'agit d'un organisme communautaire présent dans 11 régions du Québec, qui offre des services pour venir en aide aux victimes d'actes criminels : consultation téléphonique, réconfort, soutien moral, information sur le processus judiciaire, soutien et accompagnement dans les démarches auprès d'organismes, orientation vers les ressources juridiques, médicales, sociales et communautaires pertinentes.

n'est pas grave, le médecin encourage le patient à faire face de façon graduelle et progressive aux situations qu'il a tendance à éviter. Au besoin, il peut l'adresser à un spécialiste en intervention de crise pour une thérapie individuelle, ou encore à un groupe de soutien, et lui prescrire pour une courte période un médicament contre l'insomnie.

La psychothérapie

Si les symptômes durent depuis au moins un mois, une psychothérapie est indiquée. S'il n'a pas de formation spécifique lui permettant d'être à l'aise avec le problème, le médecin peut adresser le patient, selon le cas, à l'Indemnisation des victimes d'actes criminels au Québec (IVAC), au Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC), à un psychologue ou à un psychothérapeute ayant de l'expé-

rience dans ce domaine, à l'équipe de santé mentale du CLSC ou à un psychiatre (*voir l'encadré*). Il convient parfois de commencer la psychothérapie en parlant des facteurs de stress survenus après le traumatisme, en traitant l'état de crise actuelle, en contribuant à accroître le soutien des proches et en aidant le patient à travailler à la résolution des problèmes présents avant d'aborder le traumatisme lui-même. Ce dernier a habituellement ébranlé le sentiment de sécurité et de valeur personnelle du patient, et même l'ensemble de son système de valeurs. Des sentiments d'impuissance, de colère, de culpabilité et de honte s'ensuivent. La psychothérapie permet la prise de conscience de ces émotions, leur expression et, jusqu'à un certain point, leur apaisement.

L'efficacité de la thérapie cognitive et de la thérapie d'exposition a été

démontrée. D'autres formes de thérapie pourraient être utiles, mais elles n'ont pas fait l'objet d'un nombre suffisant d'études contrôlées. La thérapie cognitive vise surtout à corriger les croyances irrationnelles, spécialement la culpabilité excessive que ressent le patient face à l'événement traumatique. La thérapie d'exposition repose sur le postulat que les mécanismes de défense, l'évitement surtout, empêchent l'affect de digérer l'événement. Une telle exposition prolongée au traumatisme dans des conditions sécuritaires permet au patient de se rappeler plutôt que de revivre l'événement, et de le digérer. Cette exposition requiert beaucoup de doigté du thérapeute, car une progression trop rapide risque de reproduire le traumatisme plutôt que de faciliter l'habituation. Dans ce cas, il y a souvent exacerbation des symptômes tels les cauchemars et les épisodes dissociatifs.

La gestion du stress peut comporter l'entraînement à la relaxation, le recours à des techniques de respiration, d'affirmation de soi, d'arrêt de la pensée, etc. Foa a créé une thérapie de groupe cognitive et comportementale³ composée de 16 séances hebdomadaires. Dans la première phase, on explore d'abord les effets du traumatisme sur le sens de soi : identité, confiance, honte. Dans une deuxième étape, les patients sont ensuite amenés à découvrir les effets du traumatisme sur leurs relations interpersonnelles : intimité, dépendance, sexualité. Les dernières rencontres servent à les aider à retrouver un sens à leur vie malgré le traumatisme.

Certains patients ont beaucoup de réticences à l'égard de la psychothérapie à cause de leurs symptômes d'évitement, de leur sentiment de culpabilité et de honte, ou parce qu'ils

En plus de la psychothérapie, on prescrit un traitement médicamenteux lorsque les symptômes sont graves ou persistants, que le fonctionnement est altéré de façon importante, en cas d'insomnie grave, s'il y a des problèmes psychiatriques concomitants tels qu'une dépression, de l'anxiété ou des idées suicidaires, ou si la psychothérapie ne donne pas les résultats escomptés. Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) sont de loin le médicament le plus souvent utilisé par les experts dans ce contexte.

Repère

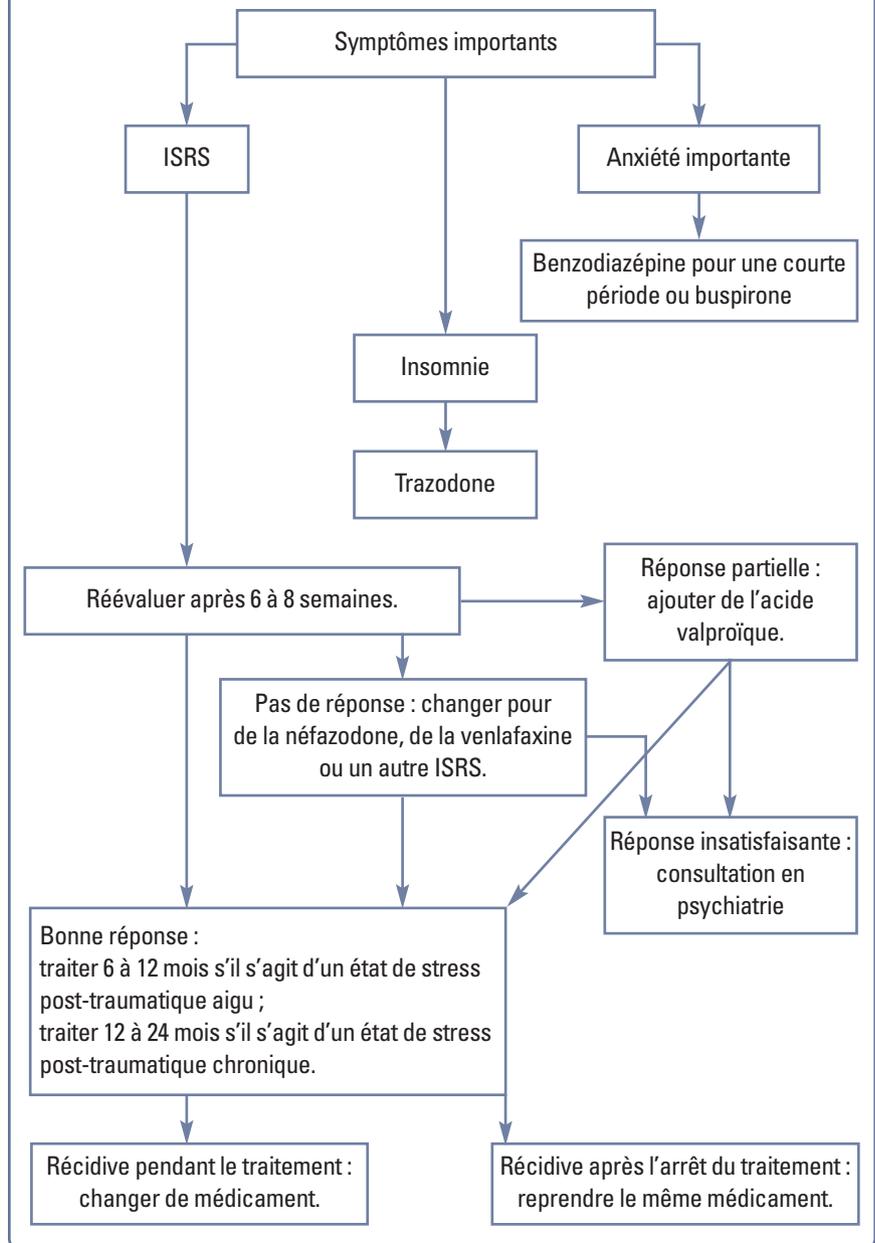
voient tout besoin de traitement comme un signe de faiblesse de leur part, l'incapacité de faire face à la situation, un échec. Il est important de s'informer de la façon dont le patient perçoit nos suggestions thérapeutiques et, au besoin, de l'aider à apprivoiser l'idée d'accepter de l'aide.

La pharmacothérapie

En plus de la psychothérapie, on prescrit un traitement médicamenteux lorsque les symptômes sont graves ou persistants, que le fonctionnement est altéré de façon importante, en cas d'insomnie grave, s'il y a des problèmes psychiatriques concomitants tels qu'une dépression, de l'anxiété ou des idées suicidaires, ou si la psychothérapie ne donne pas les résultats escomptés. Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) sont de loin le médicament le plus souvent utilisé par les experts dans ce contexte (citalopram, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine et sertraline). La réponse est évaluée périodiquement et la posologie augmentée au besoin. Après un essai de huit semaines avec un ISRS, si la réponse n'est que partielle, on peut ajouter un stabilisateur de l'humeur tel que l'acide valproïque. Par contre, si l'ISRS n'entraîne aucune amélioration après six à huit semaines, on peut le changer pour de la néfazodone ou de la venlafaxine. Certains auteurs avancent que, si un premier ISRS n'a pas été efficace, on pourrait faire l'essai d'un second. Les antidépresseurs tricycliques tels que l'imipramine et l'amitriptyline sont maintenant très peu prescrits – bien qu'ils aient donné des résultats supérieurs au placebo – à cause de leurs effets secondaires fréquents et de leur toxicité. Les doses d'antidépresseurs recommandées sont

Figure 1

Traitement pharmacologique de l'état de stress post-traumatique



sensiblement les mêmes que pour le traitement de la dépression.

Le traitement pharmacologique doit tenir compte de certains problèmes spécifiques. Ainsi, dans le cas d'une insomnie grave, certains experts

prescrivent temporairement du trazodone. Si l'anxiété est importante, ils recourent pour une brève période aux benzodiazépines (à éviter ou à utiliser avec une grande prudence s'il y a présence ou antécédents de toxicomanie

ou de pharmacodépendance) ou à la buspirone pour une période plus longue. En présence d'une grande irritabilité ou de comportements agressifs, ils ajoutent un stabilisateur de l'humeur. Bien que peu d'études aient porté sur le sujet, il semble que le propranolol (120 à 160 mg par jour) et la clonidine (0,2 à 0,4 mg par jour) puissent diminuer significativement les symptômes d'activation neurovégétative.

Lorsque le patient ne répond pas au traitement, il convient de réévaluer et de remettre en question le diagnostic. S'agit-il bien d'un état de stress post-traumatique ? Quels sont les problèmes psychiatriques ou médicaux associés ? Y a-t-il toxicomanie ? Des gains secondaires pourraient-ils expliquer l'absence de réponse ? Un trouble de personnalité viendrait-il contrecarrer la thérapie ?

Les principales indications de l'orientation du patient en psychiatrie sont l'absence de réponse au traitement, les idées suicidaires, des réactions indésirables aux médicaments, une forte comorbidité, dont la toxicomanie, ou si le patient vit d'autres stressors importants ou a peu de soutien social. Un risque suicidaire élevé et une agressivité dangereuse peuvent nécessiter l'hospitalisation.

Lorsque le patient souffrant d'un état de stress post-traumatique aigu répond bien au traitement, la psychothérapie dure environ trois mois, et on peut diminuer la posologie du médicament puis l'arrêter après 6 à 12 mois. Lorsque les symptômes d'un état de stress post-traumatique chronique sont bien contrôlés, la psychothérapie s'étend sur environ six mois, et le patient peut arrêter progressivement de prendre le médicament après 12 à 24 mois. En cas de récurrence

l'arrêt d'un traitement efficace, le même traitement médicamenteux peut être repris. Cependant, si la récurrence se produit pendant le traitement, il faudra changer le médicament ou en ajouter un nouveau (figure 1).

LORSQUE LE MÉDECIN connaît le diagnostic d'état de stress post-traumatique et est attentif à en déceler les manifestations chez ses patients, il peut leur éviter une morbidité importante grâce à une approche thérapeutique appropriée.

M. Boileau a vu son épouse mourir tragiquement à côté de lui. Immédiatement après l'accident, il a eu l'impression que toute sa vie basculait et qu'il n'y avait plus en lui qu'un grand vide. Il ne prend plus de plaisir à quoi que ce soit et ne voit pas ce que l'avenir pourrait lui procurer d'intéressant. Il ressent énormément de culpabilité et de honte, que les remarques de son beau-frère sur ses « pneus quatre-saisons usés » ont renforcées. Souvent lui revient l'image du visage en sang de son épouse. Il se dit que c'est lui qui aurait dû mourir, et non elle. Il s'éveille la nuit en faisant des cauchemars liés à l'accident. Il ne conduit plus son automobile, évite de rencontrer les couples de son âge qu'il fréquentait auparavant en compagnie de son épouse, et fuit quand quelqu'un parle d'accident. Il dit se sentir étranger même avec ses proches. Il sursaute au moindre bruit et récemment, sa sœur l'a entendu crier quand un véhicule a freiné bruyamment dans la rue. Il a consulté un médecin parce qu'il avait « mal au dos et dans la tête ». Pouvez-vous l'aider ? □

Date de réception : 17 novembre 1999.

Date d'acceptation : 25 janvier 2000.

Mots clés : état de stress post-traumatique, événement traumatique, thérapie cognitive,

Summary

Posttraumatic stress disorder. Because, most of the time, the patient suffering from posttraumatic stress disorder presents with physical complaints, this diagnosis is often missed. There may be significant symptoms even years after the traumatic event. If the problem is recognized and treated early, the outcome is more promising.

The traumatic event must be an extreme stressor that causes intense fear, helplessness or horror: serious accident, natural disaster, war, criminal assault, sexual abuse, hostage and torture are examples. Symptoms are re-experiencing the traumatic event, avoidance, emotional numbing and increased arousal. Cognitive therapy and exposure therapy has been proven efficient. Selective serotonin reuptake inhibitors are recommended.

Key words: posttraumatic stress disorder, traumatic event, cognitive therapy, exposure therapy.

thérapie d'exposition.

Bibliographie

1. Fleisher WP. Posttraumatic stress disorder. *Can J CME* septembre 1998 : 95-108.
2. David D, Kutcher G, Jackson E, Mellman TA. Psychotic symptoms in combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* janvier 1999 : 29-32.
3. Lubin H, Loris M, Burt J, Read Johnson D. Efficacy of psychoeducational group therapy in reducing symptoms of posttraumatic stress disorder among multiple traumatized women. *Am J Psychiatry* septembre 1998 : 1172-7.
4. Foa EB, Davidson JRT, Frances A, Culpepper L. The Expert Consensus Guideline series: treatment of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 1999 ; 60

- (Suppl 16).
5. American Psychiatric Association. *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4^e éd. Washington : APA, 1994 : 424-32.
 6. American Psychiatric Association. *Mini DSM-IV*. Paris : Masson, 1996 : 209-13.
 7. Bryant RA, Harvey AG. Relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *Am J Psychiatry* mai 1999 : 625-9.
 8. Classen C, Koopman C, Hales R, Spiegel D. Acute stress disorder as a predictor of post-traumatic stress symptoms. *Am J Psychiatry* mai 1998 : 620-4.
 9. Côté L. L'état de stress post-traumatique, ou l'impact des traumatismes psychologiques. *Le Clinicien* février 1999 : 109-21.
 10. Epstein R, Fullerton CS, Ursano RJ. Post-traumatic stress disorder following an air disaster: a prospective study. *Am J Psychiatry* juillet 1998 : 934-8.
 11. Engdahl B, Dikel TN, Eberly R, Blank A. Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war. *Am J Psychiatry* décembre 1998 : 1740-5.
 12. Breslau N, Peterson EL, Kessler RC, Schultz LR. Short screening scale for DSM-IV post-traumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* juin 1999 : 908-11.

