

Les états de stress post-traumatique (PTSD)

Dr D. Smaga

Introduction

L'intérêt pour l'état de stress post-traumatique, un trouble anxieux mieux connu sous son acronyme anglais de PTSD (pour "Post-traumatic Stress Disorder"), n'a cessé de croître au cours des dix dernières années.

Le PTSD résulte de l'exposition à un événement traumatique, dont la personne a été la victime ou le témoin, et qui a provoqué en elle la peur de mourir, d'être sérieusement blessée, ou de voir d'autres sujets atteints. Cette peur a été en général accompagnée d'un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Les critères diagnostiques du PTSD, selon le DSM- IV sont résumés dans le Tableau 1.

Les traumatismes peuvent être liés à des situations de guerre, de catastrophe naturelle, à des agressions, notamment à caractère sexuel, ou encore à des accidents de la circulation ou du travail.

Le diagnostic de PTSD est encore mal connu

La prévalence de l'état de stress post-traumatique est considérable: elle se situerait entre 1 et 3 % de la population générale, et toucherait de 25 à 30 % des personnes à risque. Parmi celles-ci figurent notamment les accidentés, les anciens combattants, ou les victimes d'agressions. Il faut absolument - et cela a été reconnu dès le début de ce siècle - y ajouter les membres des équipes de sauvetage: médecins, infirmiers, pompiers, ou policiers. On estime que 10 % des soignants qui travaillent dans un service d'urgences ou de traumatologie souffrent de PTSD.

L'identification et l'évaluation des états de stress post-traumatique ne sont pourtant pas aisées, en particulier pour les non-spécialistes. Il y a plusieurs raisons à cet état de fait. Citons les principales: - les intervenants n'ont pas l'habitude d'interroger leurs patients à propos de leurs éventuelles expériences traumatiques (récentes ou anciennes); - même lorsqu'ils subodorent l'existence de tels événements dans l'anamnèse, les médecins et autres intervenants sont parfois réticents à les aborder, de crainte sans doute d'ouvrir la "boîte de Pandore" des souvenirs, et de déclencher ainsi des réactions affectives peut-être mal contrôlables; - de leur côté, les personnes souffrant de traumatisme hésitent à évoquer des événements pénibles, voire tragiques, ne serait-ce que pour éviter de les revivre émotionnellement; - les symptômes du PTSD, lorsqu'il est installé, sont peu spécifiques: céphalées, troubles du sommeil, irritabilité diffuse, humeur dépressive, manifestations anxieuses, addictions médicamenteuses, alcooliques ou toxicomaniaques, ou encore difficultés relationnelles ou socioprofessionnelles, forment une constellation dont l'origine commune - la réaction à un traumatisme psychique - peut être difficile à reconnaître, surtout lorsqu'elle se situe dans un passé relativement lointain.

PTSD chronique : des facteurs de risques ?

Toute personne subissant le choc d'un événement (pour elle) traumatique est apparemment susceptible de développer ensuite un état de stress post-traumatique. Cette notion de vulnérabilité générale est importante à garder à l'esprit, et correspond aux données épidémiologiques: la fréquence des réactions aiguës au stress, en cas de catastrophe par exemple, atteint des chiffres très élevés, sans rapport avec telle ou telle caractéristique des sujets atteints.

En ce qui concerne le développement, puis l'installation d'un état chronique de ce type, en revanche, quelques facteurs prédisposants ont été identifiés. Les sujets très jeunes, d'une part, et âgés, de l'autre, présentent un risque élevé de chronicisation, faute sans doute d'une souplesse adaptative (mécanismes de "coping") suffisante. Une anamnèse traumatique, en particulier pendant l'enfance (maltraitance ou abus sexuels, par exemple), jouent un rôle de fragilisation du sujet: on ne s'"habitue" pas aux traumatismes psychiques.

Mais les événements "heureux", ou considérés comme tels par convention sociale, tels que le mariage, la naissance d'un enfant, ou une promotion professionnelle, peuvent poser des problèmes d'adaptation et entraîner, à terme, un état post-traumatique chronique.

Une forte comorbidité

L'état de stress post-traumatique, comme la plupart des autres troubles anxieux, dépressifs ou somatoformes, est très fréquemment associé, chez le même sujet, à un (ou plusieurs) autre(s) problème(s): il s'accompagne, chez un patient sur deux, d'un trouble panique, agoraphobique, obsessionnel-compulsif, phobique, dépressif, de somatisation, d'abus et/ou de dépendance alcooliques et aux opiacés. D'un autre côté, 40 % des sujets dépressifs chroniques ont subi un traumatisme psychique important.

Le PTSD, les personnes de premier recours

En raison de sa prévalence considérable, des personnes souffrant d'un état de stress post-traumatique lié à un événement de vie particulièrement marquant peuvent se rencontrer dans toutes les catégories sociales de la population.

La psychologie sociale a bien documenté ce fait, que la perspective de notre trépas ne provoque de l'anxiété que lorsque la notion théorique (abstraite ou conceptuelle) se combine, les circonstances aidant, à une sensation (concrète ou perceptuelle). Cette confrontation s'accompagne de réactions émotionnelles intenses: tristesse, colère et/ou peur. Pour le patient, cette expérience laisse très souvent des traces, bien après qu'il a recouvré sa santé physique, et peut modifier en profondeur sa vision de la vie comme de son entourage. Dans bien des situations, celui-ci, le temps passant, éprouve une difficulté croissante à entendre et à tolérer un discours souvent répétitif, autocentré et décourageant, de la part des traumatisés. Les conseils les mieux intentionnés peuvent alors avoir un impact négatif sur l'évolution ultérieure du trouble: "Oublie donc tout ça !"; "C'est derrière toi, maintenant, regarde vers l'avenir !"; "N'y pense plus !".

C'est à dire tout ce qu'il est précisément incapable de faire: transformer une expérience négative intense, émotionnelle et sensorielle, en un souvenir, un élément de son passé. Les troubles du sommeil et de la concentration, ainsi que la nervosité et l'irritabilité vont achever la besogne, entraînant des conséquences défavorables sur le plan social et professionnel.

La relation : essentielle pour le diagnostic de PTSD

Seule une approche ouverte, empathique et informée (en particulier des signes et des particularités du PTSD) peut, de la part de l'intervenant, permettre aux personnes de verbaliser utilement son mal-être, et aboutir à une prise en charge adaptée.

Le traumatisme vient de se produire : que faire ?

Lorsque l'événement critique, traumatique ne remonte pas à plus de 120 jours, et que la personne, poussée par le besoin de partager ses émotions et son vécu à ce propos, vient en parler, l'intervenant devrait garder à l'esprit les trois étapes essentielles à suivre pour réduire autant que faire se peut le risque de voir se développer, ultérieurement, un état de stress post-traumatique: **la personne doit être autorisée à parler, pleurer et prendre son temps.**

Première phase: Parler

Loin de contraindre la personne à raconter ce qu'elle a vécu, mais aussi ce qu'elle a observé, il s'agit avant tout de l'autoriser à parler de l'événement critique, et de lui en donner les moyens: lieu protégé et calme, temps suffisant, écoute attentive et bienveillante. Il convient de préciser explicitement que tout ce qui va se dire restera strictement confidentiel, et que personne ne veut conduire une instruction, à la recherche d'un responsable, et a fortiori d'un coupable. L'intervenant doit reconnaître toute la gravité de l'événement, et son caractère traumatique: "Je n'ai bien entendu pas ressenti personnellement ce que vous avez vécu, mais je peux essayer de comprendre l'épreuve que vous avez traversée. Dans certains cas, le choc est tel, que le temps ne suffit pas à l'atténuer ou à le faire oublier: en parler aide à récupérer, émotionnellement".

Lorsque la personne se décide à évoquer les faits, il est essentiel de l'encourager à les préciser, les décrire, si nécessaire en lui faisant dessiner la situation ou le théâtre des événements, en particulier pour un accident. Il faut toujours s'enquérir de la présence ou de l'implication éventuelles d'autres personnes.

Deuxième phase: Pleurer

Les faits ayant été établis, il faut ensuite aider la personne à verbaliser ses sentiments, ses émotions, dans une ambiance de compréhension et bien sûr de respect. **Par principe, toutes les émotions sont légitimes.** Il serait absolument néfaste, à ce stade, qu'elle se sente, en raison de l'attitude de son interlocuteur, obligée de se justifier, par exemple, d'avoir eu peur pour sa vie, d'avoir fui le lieu de l'accident, ou d'avoir eu un comportement agité. Il faut répéter que le fait de ressentir et d'exprimer des émotions, parfois de façon explosive ou spectaculaire, dans un tel contexte, est un comportement tout à fait adéquat et courant. On peut aussi laisser le temps de pleurer, de se "vider" émotionnellement.

Troisième phase: Prendre son temps

Avec le souci constant de rappeler (pour mieux s'en souvenir soi-même également) que la réaction émotionnelle aiguë au stress est parfaitement légitime, on fait ensuite l'inventaire des symptômes physiques, psychologiques, mais aussi relationnels, sociaux et professionnels que le traumatisé pense avoir développés depuis le traumatisme: " En quoi cet accident vous a-t-il changé(e) ? Dites-moi ce qui n'est plus tout à fait comme avant ?"

On donne régulièrement le message que l'évolution a toutes les chances d'être favorable (disparition des symptômes) dans les 3 ou 4 prochains mois, et qu'il convient donc d'être patient.

Enfin, on tente de mettre un terme aux événements passés, tout en structurant l'avenir. On peut par exemple encourager les personnes impliquées dans une catastrophe à participer aux funérailles des autres victimes.

La personne doit sortir de cette procédure avec la conviction que **ce qu'elle endure est lié au traumatisme, que chacun peut en être victime, et que cela n'aura qu'un temps.**

Et si ce qui précède ne marche pas ?

Il convient de référer le patient à un spécialiste, lorsque les situations suivantes se présentent:

- son fonctionnement psychosocial connaît une détérioration progressive, et ce, depuis plus de quatre mois;
- ses symptômes somatiques et psychiques persistent, voire s'aggravent;
- il ne peut conserver un rendement professionnel satisfaisant, mettant ainsi en péril son statut socioprofessionnel;
- dans son environnement familial, on observe des conflits de plus en plus fréquents et graves;
- il développe un épisode dépressif, des conduites addictives (alcool, médicaments ou drogues), et/ou des conduites d'évitement toujours plus handicapantes;
- il tend à prendre de plus en plus de risques personnels, dans tous les domaines.

Pour conclure

Pour l'instant, la prévention secondaire du PTSD, lorsque l'événement traumatique vient de se produire, représente la seule intervention dont l'efficacité semble démontrée. J'ai essayé, ci-dessus, d'en décrire les composantes essentielles: description la plus détaillée possible des circonstances du trauma, expression des émotions qui l'ont accompagné ou suivi, décryptage et inventaire des symptômes qui en ont résulté. L'intervenant doit s'efforcer de considérer ce que la personne traumatisée lui présente comme une réaction "normale" (mais d'une intensité inhabituelle et douloureuse) à un événement inhabituel, pour lui. Il découle de ce postulat que l'évolution, dans la majorité des cas, sera favorable dans les 3 ou 4 prochains mois.

Lorsque le PTSD est malheureusement devenu chronique, l'évaluation de son impact doit être la plus large possible: dimensions somatiques et psychologiques, mais aussi familiales et professionnelles. Pour le traitement, l'intervention d'un psychiatre permet très souvent de mieux faire face à la complexité des problèmes.

Adresse de l'auteur:

Dr. Daniel Smaga, 15 Av. Krieg, 1208 GENEVE