

Les troubles post-traumatiques

Préambule

Les troubles post-traumatiques sont clairement identifiés et répertoriés depuis maintenant plus de 30 ans. Ils font partie des troubles mentaux répertoriés dans plusieurs classifications internationales dont le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)¹ et la CIM 10 (Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes), publiée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé).

Ces troubles sont regroupés sous plusieurs termes, tels que l'**État de Stress Post Traumatique** (ESPT ou PTSD : *Post Traumatic Stress Disorder*)², le **névrose traumatique**³ ou encore le **Syndrome Psychotraumatique**⁴. L'intérêt de cette dernière appellation est qu'elle évite les querelles d'école, provoquées par les termes de « névrose » et de « stress ».

Cependant, nous présenterons ici les troubles post-traumatiques tels qu'ils sont répertoriés dans la classification de l'état de stress post-traumatique (ESPT), car il s'agit de la classification la plus répandue actuellement.

Critères du DSM IV concernant l'état de stress post-traumatique

A/ Le sujet a été exposé à un événement traumatique au cours duquel les deux éléments suivants étaient présents :

- 1) le sujet a vécu ou a été témoin ou a été obligé de faire face à un ou des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
- 2) la réaction de la personne à l'évènement doit comprendre une peur intense, un sentiment de désespoir ou d'horreur.

B/ L'évènement traumatique est revécu de façon persistante, d'une ou plusieurs des façons suivantes :

- 1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'évènement incluant des images, pensées, perceptions
- 2) rêves répétitifs et pénibles de l'évènement
- 3) impression ou agissement soudain comme si l'évènement traumatique se reproduisait
- 4) intense détresse psychologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes ressemblant à un aspect du traumatisme ou symbolisant celui-ci
- 5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes ressemblant à un aspect du traumatisme ou le symbolisant.

¹ American Psychiatric Association, APA (1994) Diagnostic and Statistic Manual of mental disorders. Fourth edition. Washington : American Psychiatric Press. Traduction française : Guelfi JD. Paris : Masson, 1997.

² Classé sous les cotes 309-81 dans le DSM IV et F43-1 dans la CIM 10.

³ Terme proposé en 1888 par Herman Oppenheim au sujet des accidents de chemin de fer, puis repris par Janet et Freud par la suite.

⁴ Terme proposé par Louis Crocq dans le livre : Crocq L., Dalligand L., Villerbu L., Tarquinio C., Duchet C., Coq J.M., Chidiac N., Vitry M. (2007) *Traumatismes psychiques*, Ed Masson.

C/ Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme) qui s'expriment par trois ou plus des symptômes suivants :

- 1) efforts pour éviter les pensées, sentiments ou conversations associés au traumatisme
- 2) efforts pour éviter les activités, endroits ou gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme
- 3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
- 4) réduction nette de l'intérêt ou de la participation pour des activités de valeur significative
- 5) sentiment de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres
- 6) restriction des affects (ex = incapacité de ressentir des sentiments amoureux)
- 7) sentiment que l'avenir est « bouché », que sa vie ne pourra plus se dérouler normalement

D/ La personne présente deux ou plusieurs symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) :

- 1) difficultés à s'endormir ou sommeil interrompu
- 2) irritabilité ou accès de colère
- 3) difficultés de concentration
- 4) hypervigilance
- 5) réaction de sursauts exagérée

E/ Les symptômes B, C et D sont présents durant au moins un mois.

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

De plus, il faut spécifier si le trouble est :

Aigu : si la durée des symptômes est de moins de 3 mois.

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

A survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

Il est important de souligner que, s'agissant d'un diagnostic médical, seuls les médecins et / ou psychiatre peuvent certifier que les troubles présentés par un sujet sont bien de l'ordre de l'ESPT. En revanche, les psychologues spécialisés sur cette thématique peuvent effectuer des évaluations précises de ces troubles et de ses répercussions.

Autres troubles liés aux troubles post-traumatiques

Même si ces troubles n'apparaissent pas systématiquement avec l'ESPT, ils sont souvent présents :

- les symptômes dépressifs (perte d'intérêt, tristesse...)
- les symptômes anxieux
- les troubles addictifs (alcool, médicaments...)
- idées suicidaires

Cette liste n'est pas exhaustive et, selon les personnes ayant vécu un événement potentiellement traumatique, d'autres symptômes et difficultés peuvent apparaître.

Prévenir les troubles post-traumatiques

Lorsqu'un événement potentiellement traumatique a lieu, il est possible de mettre en place diverses actions pour en limiter les effets sur les personnes l'ayant vécu.

Ainsi, une intervention psychologique immédiate (dans les heures qui suivent l'événement) de la part de professionnels spécialisés sur cette thématique permet de pratiquer un *defusing*. Il s'agit en effet, par cette action de soin, **de désamorcer une évolution pathologique potentielle**⁵. C'est une action thérapeutique visant à contenir, apaiser, informer et accompagner les personnes ayant vécu un événement potentiellement traumatique.

Par ailleurs, il s'avère que la précocité de la prise en charge est le facteur le plus important pour parvenir à un meilleur pronostic⁶.

Dans les jours qui suivent, une seconde intervention psychologique est préconisée, il s'agit du *débriefing*. C'est une intervention *post-immédiate* car elle a lieu au moins 48 heures après la survenue de l'événement.

Cette intervention est primordiale car les personnes qui en ont bénéficié sont soit **préservés de la survenue de troubles post-traumatiques**, soit au moins, ne présentent que des séquelles modérés⁷.

De plus, un soutien psychologique par la suite permet d'accompagner les personnes et de les orienter vers des professionnels de proximité si besoin.

Dans tous les cas, il est très important de ne pas laisser les personnes seules après la survenue d'un tel événement.

Enfin, il est important de préciser qu'il s'agit ici d'une démarche *pro-active*. C'est à dire qu'un soutien psychologique est mis à disposition auprès des personnes ayant vécu cet événement sans qu'elles n'en aient encore formulé la demande. Bien que cette démarche puissent leur être bénéfique, elle ne peut en aucun cas leur être imposée.

En revanche, en proposant ce type d'intervention, l'employeur a fait son possible pour garantir ainsi la santé mentale de ses employés.

⁵ In Ibid, p 97

⁶ Lopez G., Sabouraud-Séguin A., ss la dir. (2002) Psychothérapie des victimes : le traitement multimodal du psychotraumatisme. Dunod, Paris.

⁷ Bouthillon P., Crocq L., Julien H. (1992) Stress immédiat et séquelles psychologiques chez les victimes d'attentats terroristes. Psychol. Med. ; 24 ; 465-470.