

Dossier thématique

Quand traiter le psychotraumatisme ?

Guillaume Vaiva¹, Philippe Lestavel², François Ducrocq¹

1. Pôle de Psychiatrie & Pôle des urgences, CHU de Lille, Hôpital Michel Fontan, F-59037 Lille, France
2. Service des Urgences, Centre hospitalier d'Hénin Beaumont, F-62251 Hénin Beaumont, France

Correspondance :

Guillaume Vaiva, Hôpital Michel Fontan, Rue André Verhaeghe, F-59037 Lille, France.
Tel. : +33 (0) 3 20 44 43 83
gvaiva@chru-lille.fr

Disponible sur internet le :
19 mars 2008

■ Key points

When should psychological trauma be treated?

Early assessment is essential for subjects exposed to a potentially traumatic event.

Symptoms of peritraumatic distress are often predictive of later posttraumatic stress disorders and should be treated promptly.

Posttraumatic stress disorders should be treated rapidly, before they become chronic.

It is also necessary to consider the frequent comorbidities: psychosomatic features, addictive disorders, and especially posttraumatic depression. Attempted suicide is 15 times more common in people with psychological trauma than in the general population.

Posttraumatic stress disorders that have lasted several years become resistant to treatment (pharmacological and psychotherapeutic).

■ Points essentiels

Il faut évaluer très précocément le psychotraumatisme chez les sujets au décours d'une exposition potentiellement traumatique.

Le traitement symptomatique des détresses péritraumatiques, souvent prédictives de troubles psychotraumatiques ultérieurs, est souhaitable.

Les tableaux psychotraumatiques doivent être pris en charge rapidement, avant qu'ils ne s'inscrivent dans la chronicité.

Il faut prendre en considération les comorbidités qui sont fréquentes : tableaux psychosomatiques, conduites addictives et surtout dépression post-traumatique ; tentatives de suicide 15 fois plus nombreuses que dans la population générale.

Les troubles constitués depuis plusieurs années sont résistants aux traitements (pharmacologiques et psychothérapiques).

Depuis les années 1980, nous avons pu assister dans notre pays à une prise de conscience progressive des enjeux multiples de l'aide à apporter aux victimes de psychotraumatisme. Ces aspects de la psychiatrie d'urgence se conjuguent autour d'événements collectifs (attentats, catastrophes naturelles ou

industrielles) tout autant que microsociaux (agressions, viols, accidents de la route et du travail). Les enjeux humains, sociaux et médicaux ont conduit les pouvoirs publics à renforcer les droits des victimes et à développer des systèmes d'assistance, d'indemnisation et de soutien spécifiques, parfois sous la

pression d'associations de victimes de plus en plus nombreuses et actives. Dans l'urgence, nous accueillons d'abord les victimes ou témoins d'un événement catastrophique et c'est notre examen qui permet d'identifier parmi elles les patients confrontés à un psychotraumatisme potentiel : c'est un passage conceptuel très important pour nous soignants, que celui de statut de victime (pour lequel nous n'avons d'autre légitimité que la nécessaire humanité) à celui de patient faisant l'objet de nos soins.

La question du « quand traiter » est pleine de sens dans le débat actuel. À côté des traitements proposés devant un trouble psychotraumatique qui s'est installé durablement, la recherche travaille activement sur les prises en charge précoces (psychothérapeutiques ou pharmacologiques) qui ont toutes le même objectif : diminuer la fréquence d'apparition des troubles séquellaires, ou du moins leur intensité ou leur durée.

Épidémiologie

Trois importantes études épidémiologiques en population générale nous fournissent la mesure du problème de santé publique, aux niveaux nord-américain, européen et français. Aux États-Unis, la réplique récente de la *National Comorbidity Survey* trouve un état de stress post-traumatique (ESPT) dans 6,8 % des cas, augmentant progressivement avec l'âge jusqu'à 60 ans pour décroître ensuite (18-29 ans : 6,3 %, 30-44 ans : 8,2 %, 45-59 ans : 9,2 % et 2,5 % après 60 ans) [1]. En Europe, l'étude ESEMeD trouve une prévalence vie entière de l'ESPT estimée à 1,9 % de la population (2,9 % chez les femmes et 0,9 % chez les hommes) ; ce chiffre étant ramené à 0,9 % dans l'année précédant l'évaluation (1,3 % chez les femmes et 0,4 % chez les hommes) [2]. Ces valeurs sont comparables à celles relevés par le Centre français de l'OMS qui a mené un travail sur un échantillon de 36 416 sujets de plus de 18 ans représentatifs de la population française métropolitaine [3]. Ce

travail retrouvait une prévalence instantanée sur le mois écoulé de 0,9 % pour l'ESPT (1,1 % chez les femmes et 0,6 % chez les hommes). Plus intéressant peut-être, le « diagnostic » de psychotraumatisme au sens large était trouvé chez 4,6 % de la population française (5 % chez les femmes et 4 % chez les hommes) ; ce diagnostic englobant l'exposition à un événement traumatique, des reviviscences en rapport avec l'événement et au moins un élément de retentissement psychopathologique dans le mois écoulé (conduite d'évitement ou d'hyperveil).

Clinique des troubles psychotraumatiques

Réactions immédiates

Stress adapté et stress dépassé

Confronté à un événement soudain et menaçant, le sujet va spontanément développer un ensemble de manifestations biopsychophysiologiques appelées réaction de stress. Considérée comme un moyen de défense, cette réaction va engendrer des phénomènes d'urgence normaux qui visent à une adaptation du sujet à la situation, afin qu'il s'y soustraie (*flight*) ou s'en défende (*fight*). C'est face à un stress trop intense, répété ou prolongé, que les possibilités d'adaptation et les capacités émotionnelles du sujet seront dépassées. Ces réactions archaïques, stéréotypées et inadaptatives peuvent être classées en 4 catégories [4] :

- la réaction de sidération représente un état de stupeur affective et de sidération motrice laissant un sujet figé et incapable de toute stratégie cognitive aidant à prendre une décision, notamment pour se soustraire au danger ;
- la réaction d'agitation incoordonnée et stérile va faire ressentir au sujet un besoin impérieux d'agir qui va, au travers de ses gesticulations, le rendre incapable d'élaborer un comportement adapté ;
- forme clinique de cette dernière, la réaction de fuite panique est décrite depuis bien longtemps, notamment dans des situations de conflit armé (paniques de tir), et semble la plus contagieuse car fréquemment à l'origine de paniques collectives. L'aidant parfois à se soustraire à la menace, ce comportement de fuite affolée, effrénée et irréfléchie, sera au contraire susceptible de le précipiter au cœur du danger ;
- moins fréquemment repérée car moins « bruyante », le 4^e type de réaction de stress dépassé et inadaptatif est représenté par l'action automatique. Agissant de manière spontanée ou par mimétisme comme un automate, le patient sera dans un état second, comme dans une bulle hypnotique, présentant un discours et un comportement stéréotypés : recherche vaine d'objets perdus, marche et gestes automatiques, préoccupations inadaptées au contexte.

Dissociation péritraumatique

La dissociation péritraumatique est définie comme une rupture immédiate ou post-immédiate de l'unité psychique au moment

Glossaire

CIM	Classification internationale des maladies
CUMP DSM	cellule d'urgence médico-psychologique <i>Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders</i>
EMDR	<i>Eye Movements Desensitisation and Reprocessing</i>
ESPT	état de stress post-traumatique
IMAO	inhibiteur de la monoamine-oxydase
IPPI	intervention psychothérapeutique post-immédiate
IRS	inhibiteur de la recapture de la sérotonine
MASH TCC	mise en attente des services hospitaliers thérapie cognitive et comportementale

ENCADRÉ 1

Critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique selon le DSM-IV

A- Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les 2 éléments suivants étaient présents :

- le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;
- la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B- L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions ;
- rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse ;
- impressions ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (*flash-back*), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication, spécifiques du traumatisme ;
- sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause ;
- réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C- Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et épuisement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins 3 des manifestations suivantes :

- efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme ;
- efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;
- incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme ;
- réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou réduction de la participation à ces mêmes activités ;
- sentiment de détachement d'autrui, sentiment de devenir étranger aux autres ;
- restriction des affects ;
- sentiment d'avenir « bouché » (p.ex. pense ne pas pouvoir faire sa carrière, se marier, avoir des enfants ou avoir un cours normal de la vie).

D- Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins 2 des manifestations suivantes :

- difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ;
- irritabilité ou accès de colère ;
- difficultés de concentration ;
- hypervigilance ;
- réactions de sursaut exagérées.

E- La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'1 mois.

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

Il convient également de spécifier le trouble comme aigu (si la durée des symptômes est de moins de 3 mois), chronique (si la durée des symptômes est de 3 mois ou plus) ou enfin de survenue différée (si le début des symptômes survient au moins 6 mois après le trauma).

du traumatisme. Les altérations de la perception du temps, du lieu et de soi entraînent un profond sentiment d'irréalité. Certains de ces symptômes ont été décrits depuis longtemps : stupeur avec blocage des fonctions motrices, états confuso-oniriques, réactions de combat, réactions de stress dépassé, etc. [5]

Détresse péritraumatique

Cette notion s'articule autour de 2 dimensions : celle des émotions négatives (« j'étais frustré ou en colère, j'avais honte de mes réactions émotionnelles, etc. ») et celle du sentiment de menace vitale (« je pensais que j'allais mourir, j'avais peur pour ma sécurité, etc. »). La dissociation péritraumatique ne

protège vraisemblablement pas de la détresse péritraumatique. Dans les suites des attentats du 11 septembre, les sentiments de perte de contrôle, d'impuissance et de colère étaient de bons indices prédictifs des symptômes d'ESPT ultérieur [6].

Effroi

Des travaux insistent sur l'importance du concept freudien d'effroi (*fright* en anglais), marqueur d'une effraction traumatique de l'appareil psychique au cours de l'exposition à un événement hors du commun [7]. L'effroi se caractérise par :

- la confrontation soudaine au « réel » de la mort (traditionnellement associé à l'absence de représentation dans l'inconscient) ;
- l'expérience transitoire d'une absence totale d'affect (peur et anxiété en particulier), accompagnée d'une perte totale des pensées et des mots, et vécue comme un événement inimaginable.

La plupart du temps, une telle réaction ne dure que quelques secondes, mais la victime peut rapporter le sentiment d'un état durant de quelques heures à quelques jours. Une étude menée sur un échantillon de victimes d'accidents de la route hospitalisés plus de 72 heures dans une unité de traumatologie montrait une forte corrélation entre la réaction d'effroi et un ESPT 2 mois plus tard [8].

État de stress post-traumatique

On ne parle d'ESPT qu'après 1 mois d'évolution post-trauma. La clinique du trouble est maintenant bien codifiée et cohérente dans les dernières versions des nosographies DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 4th edition, text revised*) et CIM-10 (Classification internationale des maladies) (*encadré 1*).

Les manifestations cliniques sont combinées de manière variable selon les sujets et les moments, mais sont vécues dans un registre de détresse psychique intense associant anxiété psychique (malaise, impression aiguë d'absence de secours), et véritable « orage » neurovégétatif (manifestations somatiques d'anxiété : pâleur, sueur, tachycardie, lipothymie), faisant parfois confondre ce syndrome de répétition avec une attaque de panique ou un moment d'anxiété paroxystique primaire ou évoluant sur une pathologie anxieuse constituée.

Autre source de méconnaissance par le sujet, ou de retard diagnostique par le praticien sollicité, ces symptômes, isolément ou en association, surviennent de manière différée par rapport à l'événement. Après un intervalle de latence, dénommé parfois intervalle de méditation ou de contemplation de plusieurs semaines, mois ou années, le sujet verra l'apparition de symptômes psychotraumatiques qui seront difficiles pour lui à imputer à l'événement initial parfois « oublié », d'autant que la névrose traumatique sera composée de cauchemars atypiques, de symptômes d'évitement sévères ou d'un sentiment d'insécurité diffus.

Chez l'enfant, soumis au même type d'événement que l'adulte, le syndrome de répétition ou de reviviscence est l'élément central et quasi pathognomonique. Les enfants présentent des jeux répétitifs et des remises en acte dont la dimension de plaisir est absente, évoquant certains aspects ou thèmes de l'événement bien qu'ils n'en soient souvent pas conscients [9]. Les souvenirs répétitifs et intrusifs du traumatisme peuvent être fortement visualisés sous forme d'hallucinations, ou plutôt d'illusions et de flash-backs. L'hyperactivité neurovégétative est présente et se manifeste au décours du trauma par des troubles du sommeil, une irritabilité avec accès de colère, un état d'alerte et des réactions de sursaut mais également de troubles de l'attention et de la concentration qui retentissent paradoxalement assez peu sur les performances scolaires. Les plaintes somatiques (céphalées, nausées, douleurs abdominales) sont très fréquentes et parfois source de multiples consultations.

Prendre en charge au décours de l'exposition traumatique

Interventions préhospitalières

Pour répondre à la dimension psychologique des événements catastrophiques, les pouvoirs publics ont créé les Cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP) au décours de l'attentat du RER St-Michel à Paris le 25 juillet 1995. Fruit de réflexions et de propositions opérationnelles plus anciennes, notamment celles des psychiatres militaires, les CUMP ont été créées pour assurer les premiers secours médico-psychologiques sur le terrain, puis les soins lors des stades post-immédiats et chroniques, enfin la mise en œuvre, au plus près de l'événement, de stratégies de soins dédiées. L'activité des CUMP a augmenté rapidement et nous avons assisté à un glissement des sollicitations vers des événements moins exceptionnels que ceux qui ont prélué à sa création : accidents catastrophiques à effet limité, déclenchement de plans de secours extra voire intrahospitaliers (plan rouge, plan blanc, plan MASH, etc.), accidents graves de la voie publique, incendies, accidents du travail en entreprise, morts violentes dans des lieux publics, prises d'otage, braquages ou autres catastrophes microsociales [10].

En cas de déclenchement, l'équipe CUMP a pour mission d'évaluer et de trier les blessés psychiques, de leur prodiguer des soins médico-psychologiques immédiats, et de les faire évacuer, si nécessaire, vers des hôpitaux [11]. L'abord des victimes est proactif, limité dans le temps, empathique, rassurant et non intrusif. Il vise à aider les sujets à se situer dans l'après-événement, et à leur faire retrouver leurs repères socio-environnementaux. Si besoin, les victimes peuvent recevoir un traitement psychotrope, avant d'être rapidement évacuées vers un hôpital disposant d'un accueil psychiatrique d'urgence. Tous les patients pris en charge reçoivent une note d'information pédagogique décrivant, en termes accessibles au grand

ENCADRÉ 2

Repérage des facteurs de risque de développement d'un psychotraumatisme : la signature traumatique

Dans la rencontre avec un sujet survivant à un événement traumatique, les points suivants peuvent aider au repérage des sujets à risque de psychotraumatisme. On distingue 3 niveaux :

1) liés aux réactions péritraumatiques du sujet

- peur intense, impuissance ou horreur
- dissociation/détresse péritraumatique
- niveau de stress haut ou prolongé (plus de 6 heures) après l'événement
- fréquence cardiaque > 90 pulsations/min

2) liés à l'évènement lui-même

- *Human design* (l'évènement était-il produit par une main humaine ? Les agressions génèrent plus de psychotraumas que les accidents)
- proximité physique du sujet par rapport à l'évènement
- menace vitale réelle
- mort ou blessure grave d'un proche
- gravité des lésions physiques

3) liés au sujet lui-même

- sexe féminin (à évènement comparable, les femmes développent 2 fois plus de psychotraumas que les hommes)
- trouble psychiatrique actuel (surtout dépression ou trouble anxieux)
- antécédents psychiatriques personnels
- faible niveau socioéconomique et culturel

public, les symptômes immédiats ou tardifs qu'ils peuvent ressentir, et mentionnant les coordonnées des consultations spécialisées auxquels ils pourront s'adresser ultérieurement.

Accueil à l'urgence

Comme l'intervention sur le terrain, l'intervention post-immédiate vise à prendre en charge les manifestations aiguës de stress ou les premiers symptômes psychotraumatiques qui peuvent survenir pendant cette période. Elle se situe à l'arrivée aux urgences, et surtout dans les jours qui suivent, dans les services hospitaliers ou dans le cadre de consultations ad hoc, parfois mises en place provisoirement pour répondre à l'afflux de victimes.

Un ensemble de facteurs est en lien avec le risque de développement d'un psychotraumatisme aigu à distance de l'exposition : dans l'urgence, ces facteurs aident au repérage de la signature traumatique de l'évènement pour un sujet donné (*encadré 2*).

Les soins immédiats auprès des personnes victimes lient une attitude d'accompagnement (ou soutien psychologique de

base) qui n'est pas exclusivement du ressort du spécialiste, et une approche spécialisée appelée defusing. Le defusing est la verbalisation émotionnelle immédiate en termes de vécu (faits, émotions, pensées), pour toutes les personnes en état de stress adapté. Il ne doit pas être intrusif, le vécu de l'évènement est rapporté par le sujet de manière, sinon spontanée, du moins totalement volontaire « avez-vous envie d'en parler ? ». L'attitude du soignant est celle précédemment décrite (attentive, contenante et compréhensive), restaurant ainsi les liens d'appartenance. La technique est souple, les entretiens sont en général de courte durée et peuvent être réalisés en individuel ou par petits groupes. Le defusing vise à favoriser la décharge, à lier le vécu traumatique par le langage et à permettre l'intégration de l'évènement [12].

L'importante question de la prévention secondaire

Bien que tous les cliniciens s'accordent à reconnaître l'intérêt de stratégies de prévention secondaire au décours de l'évènement, ni le mécanisme, ni le type, ni le délai d'intervention initiale ne font l'objet d'un consensus.

Il existe des techniques d'intervention psychothérapeutique dont la plus connue est l'intervention psychothérapeutique post-immédiate (IPPI), encore appelée débriefing, qui vise à prévenir et à atténuer les effets potentiellement traumatiques d'un évènement par l'expression cognitive et émotionnelle du vécu subjectif de celui-ci.

Sur le plan pharmacologique, contrôler, maîtriser voire amener les phénomènes d'hyperveil neurovégétatifs contribuerait à diminuer le risque de survenue ou l'intensité de troubles ultérieurs. Cette thèse a été vérifiée dans quelques travaux qui ont clairement démontré qu'un traitement pharmacologique prescrit chez des sujets récemment traumatisés, généralement dans les 12 premières heures, diminuait significativement la survenue ou l'intensité d'un ESPT. Dans un précédent travail, nous avons passé en revue l'ensemble des molécules et classes thérapeutiques qui présentaient un intérêt théorique ou avaient fait l'objet de travaux précliniques [13].

Les benzodiazépines, largement prescrites au décours immédiat de l'évènement, sont actuellement remises en question. Elles sont considérées par plusieurs auteurs comme favorisant la survenue de troubles psychotraumatiques séquentiels, ou aggravant ceux-ci : exacerbation des troubles du comportement et absence d'amélioration des symptômes psychotraumatiques sous alprazolam, ou encore absence d'efficacité du clonazépam, de l'alprazolam ou du témazépam dans plusieurs travaux contrôlés sur 6 semaines et 6 mois [14-16]. L'hydroxyzine fait preuve dans notre expérience clinique d'une efficacité constatée lorsqu'elle est prescrite dans les toutes premières heures qui suivent l'exposition à l'évènement, pour une courte période de 8 à 10 jours et à une posologie variable de 50 à 100 mg/j.

Un niveau élevé d'anxiété péritraumatique, reflété par une élévation significative de la fréquence cardiaque dès la salle d'urgence, a été contrôlé par un bêtabloquant (propranolol) dans un travail préliminaire de Pitman chez 41 patients tachycardes *versus* placebo [17]. À 1 mois, seuls 10 % des patients du bras propranolol (N = 18) souffraient d'un ESPT *versus* 30 % dans le groupe placebo ($p = 0,019$) ; la molécule active était plutôt bien tolérée malgré une posologie importante de 120 mg/j. Nous avons nous-mêmes conduit une étude pilote chez 19 sujets exposés à un événement traumatique civil [18]. Dans un délai de 2 à 20 heures après l'exposition, 11 sujets prenaient du propranolol à la même posologie pendant 8 à 12 jours et l'observation de l'évolution clinique permettait de constater chez ces derniers une sévérité clinique psychotraumatique significativement moindre que chez les témoins.

Traiter quand le psychotraumatisme s'est installé durablement

Quand le psychotraumatisme se trouve constitué (chronique après 3 mois disent les Anglo-Saxons), les symptômes deviennent plus difficiles à traiter. Là encore, intervenir pendant la première année post-trauma apporte de bien meilleurs résultats qu'intervenir sur des symptomatologies plus anciennes. D'autre part, plus le psychotrauma est ancien, plus il est comorbide avec d'autres troubles psychopathologiques ou psychosomatiques : dépression de l'humeur, conduites addictives (en particulier alcooliques), phobies multiples, atteintes dermatologiques, intestinales ou endocriniennes. Le traitement de première intention est alors psychothérapique (en ce qui concerne le trauma lui-même), associé à une prise en charge pharmacologique pour les troubles comorbides.

Approches psychothérapiques du noyau traumatique

Récemment, Bisson publiait les résultats d'une méta-analyse portant sur 38 essais contrôlés de psychothérapie chez des patients ayant un ESPT chronique [19]. Toutes les techniques utilisées dans les pays anglo-saxons étaient représentées à l'exception notable des psychothérapies analytiques, plus difficiles à évaluer sur de telles cohortes. Dans ce travail, 2 techniques se distinguaient ; les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) centrées sur le trauma et l'EMDR (*Eyes Movement Desensitisation and Reprocessing*) se montraient supérieures aux techniques de *stress management*, aux techniques d'hypnose ou aux thérapies cognitivo-comportementales de groupe (elles aussi intéressantes). Ces techniques étaient comparées à des thérapies de soutien (*conselling therapy* ou *as usual*), ou à des patients sur liste d'attente. Ces stratégies sont proposées aujourd'hui en première intention. Les TCC centrées sur le traumatisme sont un ensemble de techniques aujourd'hui relativement classiques (désensibilisation, exposition en imagination ou en réalité virtuelle, immer-

sion) adaptées et centrées sur la scène traumatique (ce qui est plus novateur) ; l'extinction des reviviscences émotionnelles est attendue en 20 à 40 séances, par apprentissage d'un nouveau comportement ou de nouvelles cognitions en rapport avec la scène, qui se superposent alors au trauma. L'EMDR est une technique en grande partie comparable ; elle se fonde cependant sur de courtes séries de stimuli visuels droite-gauche (des saccades), entrecoupées de formulations verbales et donc cognitives. Avec un peu de recul, nous dirions que l'EMDR se rapproche des TCC avec une induction hypnotique surajoutée. Les 2 techniques souffrent néanmoins d'un taux de rechute non négligeable (30 à 40 % à un an), rechutes qui restent sensibles pour la plupart à un nouveau traitement.

Les psychothérapies analytiques sont plutôt développées dans les pays latins, en Europe et en Amérique du Sud. En France, ce sont les psychiatres militaires qui en définissent le mieux les contours. Nous reprendrons l'approche de l'École de Val-de-Grâce à Paris : il ne s'agit pas d'une *cure type* telle que décrite par les freudiens (ce n'est pas ce que le sujet est venu chercher...), le praticien se doit d'être très présent et attentif (les patients ne supportent pas les silences, au moins lors des premiers entretiens), le psychothérapeute profite des silences ou interrompt son patient pour demander des précisions, des éclaircissements, il sollicite des associations, il ne fait jamais d'interprétations ni ne porte de jugement ; les questions légitimes (essentiellement autour des thèmes de culpabilité) sont présentées comme des énigmes à déchiffrer plus tard... [20].

Stratégie médicamenteuse : pourquoi et comment ?

Les buts de la chimiothérapie de l'ESPT sont multiples : réduction des symptômes clefs (symptômes intrusifs, évitement, hyper-réactivité neurovégétative), amélioration du contrôle de l'impulsivité et des manifestations dissociatives, réduction de la comorbidité, amélioration de la qualité de vie par réduction du handicap. Après une multitude d'études contrôlées et d'essais ouverts depuis près de 20 ans, un consensus se dégage. À côté des antidépresseurs tricycliques, des IMAO (inhibiteur de la monoamine-oxydase), des antagonistes 5-HT₂ et des anticonvulsivants, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) s'imposent comme des traitements de choix à utiliser en première intention dans le trouble constitué [21]. Présentée, préparée et programmée, la démarche médicamenteuse peut néanmoins être interprétée par le sujet comme un échec, culpabilisant pour lui, à faire face à ses capacités d'adaptation à un événement imputable à l'extérieur. Ses représentations pourront également l'amener à se demander si ses plaintes sont fondées, au point d'encombrer la démarche psychothérapique et la nécessaire dimension ab-réactive du récit du trauma, mais à l'opposé nous rencontrons également des patients dans une position d'attente magique de « gommage » d'une trace traumatique honteuse et encombrante.

Les données demeurent parcellaires quant aux multiples formes subsyndromiques du trouble, alors qu'il s'agit d'un motif de recours fréquent tant dans des soins de première ligne que chez des spécialistes du psychotrauma [22]. La même stratégie médicamenteuse que dans les formes complètes devrait ainsi être proposée [23].

Si la durée optimale de traitement n'a été que peu documentée, des travaux sont maintenant disponibles qui comprennent un recul de plusieurs années. Dès 2000, Davidson relevait qu'il semblait important de poursuivre la molécule plusieurs mois après le début de l'amélioration symptomatique, montrant d'ailleurs clairement que les patients considérés comme bons répondeurs à 6 mois continuaient de bénéficier d'un intérêt thérapeutique à 18 voire 24 mois [23,24]. Ce même auteur a également démontré la capacité d'un IRS à protéger le sujet de la rechute dans un travail mené sur la base d'une étude initiale de 3 mois portant sur 275 patients [25]. Ces éléments soulignent l'importance d'identifier la réponse thérapeutique dès les toutes premières semaines qui suivent la prescription initiale, une mauvaise réponse devant éventuellement faire envisager un changement de molécule ou un changement de classe.

Nous soutenons donc la nécessité de poursuivre, face à un ESPT constitué et pour les IRS, le traitement à pleine posologie pendant au moins un an, tout en rappelant les consignes de grande vigilance clinique dans les 2 premiers mois qui suivent un arrêt, lequel doit demeurer prudent et progressif afin d'éviter les rechutes.

Conclusion

Dans l'évolution des tableaux psychotraumatiques, les sujets vont vivre des éléments de retentissement fonctionnels, sociaux, professionnels ou affectifs souvent majeurs (perte d'emploi, séparations, incommunicabilité de l'expérience vécue, etc.). Les comorbidités sont la règle : tableaux psychosomatiques, conduites addictives et surtout tableaux de dépression post-traumatique. Le pronostic de cet ensemble d'aspects est grevé par les conduites suicidaires : 15 fois plus de tentatives de suicide que la population générale, 7 fois plus de décès par suicide dans les 3 ans qui suivent.

Quelques chiffres bruts décrivant l'évolution diachronique des psychotraumas, en prenant l'exemple des accidents de la route adressés à l'urgence : 80 % de tableaux de détresses péri-traumatiques, parmi eux 60 % d'état de stress aigu pendant le premier mois, 40 % d'ESPT aigus jusqu'à 3 mois, 12 à 15 % d'ESPT à 1 an, chiffre alors dramatiquement stable dans l'évolution ultérieure (11 % à 3 ans). L'enjeu est là : certes une résilience importante sur les premiers mois d'évolution, mais une très grande chronicité des éventuels troubles constitués. Les troubles psychotraumatiques témoignent néanmoins d'une certaine homogénéité dans leurs manifestations cliniques et présentent finalement une relative accessibilité aux diverses stratégies de prise en charge, notamment lorsqu'ils sont repérés et traités précocement.

Conflits d'intérêts : aucun

Références

- [1] Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(6):593-602.
- [2] Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H *et al.* Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004(420): 38-46.
- [3] Vaiva G, Ducrocq F, Jehel L, Genest P, Duchet C, Omnes C *et al.* Psychotraumatisme et risque suicidaire en France. Prévalences croisées dans l'enquête SMPG. *Stress Trauma* 2007;7(2):69-77.
- [4] Crocq L, Doutheau C, Louville P. Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiates et différées, troubles séquellaires. Paniques et psychopathologie collective. *Encycl Med Chir* (Elsevier Paris), Psychiatrie 1998;37-113-D-10:8 p.
- [5] Candel I, Merckelbach H. Peritraumatic dissociation as a predictor of post-traumatic stress disorder: a critical review. *Compr Psychiatry* 2004;45(1):44-50.
- [6] Simeoni D, Greenberg J, Knutelska M, Schmeidler J, Hollander E. Peritraumatic reactions associated with the World Trade Center disaster. *Am J Psychiatry* 2003;160(9):1702-5.
- [7] Lebigot F. L'effroi du traumatisme psychique. Le regarder en face ou s'en protéger. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 2002;2(3):139-47.
- [8] Vaiva G, Brunet A, Lebigot F, Boss V, Ducrocq F, Devos P *et al.* Fright (effroi) and other peritraumatic responses after a serious motor vehicle accident: prospective influence on acute PTSD development. *Can J Psychiatry* 2003;48(6):395-401.
- [9] Mouren-Simeoni MC. Actualité du syndrome de stress post-traumatique chez l'enfant. *Ann Med Psychol* 1994;152(10): 685-8.
- [10] Ducrocq F, Vaiva G, Molenda S, Goldstein P. Plans d'urgence hospitaliers. Le plan MASH et l'afflux massifs de victims. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 2001;1(5):285-90.
- [11] Prieto N, Weber E, Vignat JP, Vedrinne J. Intérêt et validation d'une fiche d'évaluation de terrain pour les cellules d'urgence médico-psychologique. *Med Catastrophe Urg Collectives* 1999;2(5-6):180-3.
- [12] Prieto N, Lebigot F. Les soins psychiques précoces en cas de catastrophe. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 2003;3(1):29-34.
- [13] Ducrocq F, Vaiva G. De la biologie du trauma aux pistes pharmacologiques de prévention secondaire de l'état de stress post-traumatique. *Encephale* 2005;31(2): 212-26.
- [14] Mellman TA, Bustamante V, David D, Fins AI. Hypnotic medication in the aftermath of

- trauma. *J Clin Psychiatry* 2002;63(12):1183-4.
- [15] Ducrocq F, Bordet R, Vaiva G. Abords pharmacologiques. In: Vaiva G, Lebigot F, Ducrocq F, Goudemand M, editors. *Psychotraumatismes: prise en charge et traitements*. Paris:Masson;2005. p. 70–8.
- [16] Gelpin E, Bonne O, Peri T, Brandes D, Shalev AY. Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: a prospective study. *J Clin Psychiatry* 1996;57(9):390-4.
- [17] Pitman RK, Sanders KM, Zusman RM, Healy AR, Cheema F, Lasko NB *et al*. Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biol Psychiatry* 2002;51(2):189-92.
- [18] Vaiva G, Ducrocq F, Jezequel K, Averland B, Lestavel P, Brunet A *et al*. Immediate treatment with propranolol decreases posttraumatic stress disorder two months after trauma. *Biol Psychiatry* 2003;54(9):947-9.
- [19] Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2007;190:97-104.
- [20] Lebigot F. Psychothérapies psychodynamiques. In: Vaiva G, Lebigot F, Ducrocq F, Goudemand M, editors. *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*. Paris: Masson; 2005. p. 43-9.
- [21] Schoenfeld FB, Marmar CR, Neylan TC. Current concepts in pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Serv* 2004;55(5):519-31.
- [22] Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *Am J Psychiatry* 1997;154(8):1114-9.
- [23] Davidson JR. Long-term treatment and prevention of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65(Suppl. 1):44-8.
- [24] Davidson JR. Pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder: treatment options, long-term follow-up, and predictors of outcome. *J Clin Psychiatry* 2000;61(Suppl. 5):52-6 (discussion 57-9).
- [25] Davidson J, Pearlstein T, Lonnberg P, Brady KT, Rothbaum B, Bell J *et al*. Efficacy of sertraline in preventing relapse of posttraumatic stress disorder: results of a 28-week double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2001;158(12):1974-81.