

Le syndrome de stress post-traumatique



Présenté par
Hélène Ouellet, Msc inf

Plan de la présentation

- Historique
- Description, qu'est-ce que le syndrome de stress post-traumatique?
- Symptômes caractéristiques
- Problèmes connexes
- Facteurs influençants
- Diagnostics
- Traitements
- Compléments



Historique

- Guerre de Sécession : trouble affectif du soldat
- Première guerre mondiale : traumatisme dû aux bombardements
- Seconde guerre mondiale : névrose de guerre ou épuisement au combat
- Guerre du Vietnam : stress au combat
- Depuis 1980 : syndrome de stress post-traumatique (SSPT)/état de stress post-traumatique (ESPT)/trouble de stress post-traumatique (TSPT)



Description

DSM-V

Déf: Est le développement de symptômes caractéristiques suivant un ou plusieurs évènements traumatiques. (Les réactions émotionnelles aux évènements traumatiques (peur, impuissance, horreur) ne font partie des critères A).

Classement selon Routhier 2004

Immédiat : moment présent (24hr)

Post-immédiat : deuxième au troisième jour +/-

Réaction aiguë de stress : avec reviviscence et état d'alerte

États chronicisés : état de stress post-traumatique, trouble de stress post-traumatique et désordre de stress extrême quasi-psychotique.

suite

La réaction et son intensité vont varier selon plusieurs facteurs:

- Nos valeurs et expériences de vie
- Notre vision du monde, ce qui est bien ou mal

Aussi :

- On ne s'y habitue pas, au contraire cela s'accumule
- Touche les cinq sens
- C'est barré à triple tours dans la mémoire



Symptômes caractéristiques

Intrusion : souvenirs, images, odeurs, bruits et sensations associées à l'événement traumatique peuvent envahir la vie de la personne qui présente un TSPT. Cela amène des difficultés de concentration, des cauchemars et des « flashbacks » et cause des émotions tels le chagrin, la culpabilité, la peur et la colère.

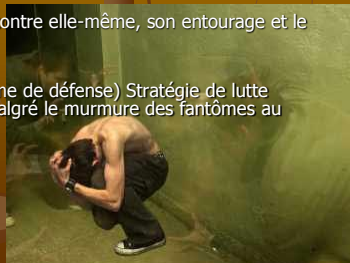


Évitement : Les sujets évitent les situations, les gens ou les événements qui éveillent le souvenir du traumatisme et ils mettent des barrières à leurs émotions. Cela les amène à se couper du monde et l'isolement s'installe.

Hyperéveil : La personne a été confrontée à sa propre condition de mortel. Sa vision du monde sûr et juste et sa croyance dans la profonde bonté de l'être humain peuvent s'écrouler. Son sentiment d'être à l'abri du danger peut s'évanouir.

Colère : La personne se sent irascible, prompt et impatient contre elle-même, son entourage et le monde en général. (Lalonde, Aubut, Grunberg et coll., 1999)

Résilience : (n'est pas un symptôme, mais plutôt un mécanisme de défense) Stratégie de lutte contre le malheur qui permet d'arracher du plaisir à vivre, malgré le murmure des fantômes au fond de sa mémoire. (côté positif) (Routhier, 2004)



Problèmes connexes

- Dépression
- Anxiété
- Alcool
- Drogue
- Suicide
- Répercussion sur les relations interpersonnelles, la vie familiale et professionnelle. (Charte des Anciens Combattants, 2008)
- « Oublier ces anciens militaires, c'est comme laisser quelqu'un de blessé sur le champ de bataille » (Le Devoir, 2008)

Facteurs influençants

- La réponse hormonale :
Libération de cortisol, d'adrénaline, de noradrénaline, de vasopressine, d'ocytocine et les opioïdes endogènes. Aide à moduler quatre comportements instinctifs ou réflexes, la fuite, la lutte, la soumission et l'immobilité.

Réaction normale de stress (7 étapes):

- 1- la perception de l'agent stressant, facteur de stress ou sollicitation
 - 2- réaction physiologique immédiate dite réflexe ou état d'alerte du corps
 - 3- évaluation cognitivo-affective primaire et secondaire
 - 4- choix d'un plan d'action
 - 5- passage à l'acte
 - 6- fatigue généralisée
 - 7- retour au niveau habituel de fonctionnement somatique et physique
- (Routhier, 2004)

Suite

- Les facteurs psychologiques

Nous avons vécu un événement, maintenant qu'est-ce que nous en faisons? (5 phases)

- 1- Phase initiale : surprise, la victime subit le plein effet de l'événement
- 2- Phase de déni : la victime nie, a du mal à comprendre
- 3- Phase de pensées envahissantes récurrentes : reviviscences sous forme de flashback, cauchemars, images et sensations.
- 4- Phase de perlaboration : la victime essaie de rendre l'événement acceptable et compatible avec ce qu'elle connaît.
- 5- Phase de chronicisation : les aspects importants se fixent de façon permanente = TSPT (Lalonde, Aubut, Grunberg et coll., 1999)

Suite

- Les facteurs sociaux

Prennent de l'importance encore plus chez les militaires puisqu'ils sont souvent déployés dans d'autres pays où les coutumes, valeurs et habitudes de vie sont très différentes des nôtres, donc conflits intérieurs et insécurité = déséquilibre et instabilité



Diagnostics

La partie la plus difficile pour établir ce genre de diagnostic est de réussir à faire verbaliser le patient, donc la relation de confiance est d'une extrême importance.

Il faut distinguer le TSPT des diverses conditions apparentées soit :

- Le trouble réactionnel de l'attachement
- Le trouble d'adaptation
- Le trouble d'engagement social désinhibé
- Le trouble de stress aigu



Traitements

- L'essentiel du traitement sera de faciliter le déroulement de chacune des phases du processus d'assimilation de ce qui est assimilable de l'expérience traumatisante et de permettre l'encapsulation de la partie résiduelle du traumatisme, de façon que le patient puisse dépasser cette expérience et continuer à vivre malgré tout. (Lalonde, Aubut, Grunberg et col. 1999)
- Les thérapies les plus communes sont notamment la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie d'exposition ainsi que la désensibilisation des mouvements oculaires. (Rapport, 2008) + autres études

pharmacologie

- La médication va permettre d'amorcer les thérapies en diminuant ou en supprimant les symptômes les plus graves (pensées envahissantes, les paniques, les symptômes dépressifs aigus, l'anxiété et le suicide).
- Les benzodiazépines de classe intermédiaire comme le lorazépam 1 à 4 mg /jour, le clonazépam 0.5 à 6 mg/jour seront utilisées à court terme, en attendant les bénéfices de la thérapie.
- Pour l'insomnie grave, le témazépam, le clonazépam et le trazodone peuvent être utilisés au coucher.
- Les patients souffrants d'un TSPT sont généralement plus résistants aux médicaments, de sorte que les doses standards s'avèreront souvent insuffisantes, il faut y aller avec les doses maximales. (Lalonde, Aubut, Grunberg et col. 1999).
- Le traitement par médication sera très différent pour chaque personne puisque ce sont les symptômes qui détermineront sur quoi nous voulons agir, par exemple l'insomnie et l'hypervigilance ou encore la dépression, etc.

Compléments

- L'Ombudsman des Forces armées canadiennes enquête (rapport, 2008)
- Programme de soutien social pour les blessures de stress opérationnel (OSISS)
- Les États-Unis commencent à étudier un nouveau syndrome, les lésions cérébrales traumatiques (Traumatic brain injury).
- 158 soldats canadiens sont morts en Afghanistan depuis le début de la mission en 2002 jusqu'à mars 2014.
- Au cours de la dernière décennie, 132 militaires canadiens en fonction ont mis fin à leurs jours. L'armée canadienne a enregistré annuellement de 10 à 14 suicides chez ses soldats.

Références

- Anciens combattants canada. (2008). *Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et le stress lié à la guerre*. La nouvelle charte des Anciens Combattants. Canada.
- Lalonde, P., Aubut, J., & Grunger, F. (1999). *Psychiatrie clinique : Une approche bio-psychosociale (tome 1) Introduction et symptômes cliniques*. Montréal : Gaetan Morin Éd.
- La Presse canadienne (2008). *132 militaires canadiens se sont suicidés au cours des 10 dernières années*. Édition du lundi 03 mars 2008.
- Le Devoir, (2008). *Le souvenir des vétérans devenus sans-abri*. La Presse canadienne. Édition du mardi 11 novembre.
- McFadyen, M. (2008). *Évaluation de l'état des services de santé mentale de la BFC Petawawa*. Étude de cas menée par l'Ombudsman du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes. Canada.
- McFadyen, M. (2008). Rapport spécial au ministre de la Défense nationale. *Un long chemin vers la guérison : Le combat contre les traumatismes liés au stress opérationnel*. Canada.
- Routhier, C. (2004). *Évaluation psychologique des traumatismes militaires*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Tanielian, T., Jaycox, L.H., et (l'équipe d'études des blessures invisibles) de la Rand Corporation. (2008). *Cessez le massacre! Une nation pèse les conséquences palpables des blessures de guerre invisibles*. Diplomatie, vol no 35, p18-25. Areion group, France.
- Tanielian, T., Jaycox, L.H., et (l'équipe d'études des blessures invisibles) de la Rand Corporation. (2008). *Post-Deployment Stress : What You Should Know, What You Can Do*, RAND/CP-535 (3/08), États-Unis.

Questions

