



**ETAT DE STRESS
POST-TRAUMATIQUE
EVIDENCE BASED MEDECINE
ET
EXPERTISE**

EVIDENCE BASED?

- EBM: elle incorpore les résultats de la recherche clinique dans la pratique de la médecine et par extension celle de l'expertise...
- Elle est un représentant parfait du monde actuel qui recherche le 100% prouvé, le 100% efficient, le 100% sûr.

L'histoire humaine s'est largement écrite avec le sang

L'expérience du trauma fait partie de la vie de chacun



DU TRAUMA A LA REPETITION INDIVIDUELLE OU COLLECTIVE DU TRAUMA

PROCHE-ORIENT • De plus en plus d'adolescents palestiniens, désespérés, se portent volontaires pour commettre des attaques-suicides

Derrière les attentats, Israël découvre de très jeunes kamikazes

L' Autorité palestinienne (AP) est embarrassée par l'arrestation, mercredi, devant un barrage dressé par Tssahal à Hawurra (sud de Naplouse), du jeune Houssam Abdo, un kamikaze âgé de 16 ans qui devait se faire sauter au milieu de la foule. Recruté par les Brigades des martyrs Al-Aqsa (une branche dissidente du Fatah) qui lui avaient offert 18 euros et promis des relations sexuelles avec 72 vierges s'il remplissait sa mission, l'adolescent est un atterré mental.

Ses parents dénoncent le « cynisme » de ceux qui ont tenté de profiter de la faiblesse de leur fils. « Si je retrouvais son recruteur, je lui tirerais deux balles dans la tête », s'est notamment exclamé le père d'Houssam Abdo au micro de la Voix de la Palestine. Quant à Yasser Arafat, il a condamné d'autant plus sévèrement cette opération ratée que, la semaine dernière, les Brigades avaient déjà recruté un enfant de 10 ans auquel ils avaient offert un euro pour effectuer une mission identique avec un cartable contenant une bombe télécommandée.

Dénoncé comme des « irresponsables » par la plupart des commentateurs de la presse israélienne et palestinienne, les miliciens ultras de Naplouse ont fait amende honorable et promis « de ne plus recruter d'enfants ». Mais Tssahal, qui n'en croit pas un mot, continue d'appliquer des mesures de sécurité spéciales à ses barrières puisque les cas de jeunes kamikazes augmentent de manière constante ou non se multiplient ces derniers temps.

Lorsque l'armée de l'Etat hébreu

envoie régulièrement des enfants-RPC* (des adolescents dotés d'un lance-roquette) au devant de ses chars. Mais dans les territoires palestiniens, le phénomène a mis beaucoup de temps à se propager. Depuis le début de la deuxième Intifada (octobre 2000), une soixantaine de jeunes gens âgés de moins de 18 ans ont commis ou tenté de commettre des attentats-suicides ainsi que des attaques dont ils ne pouvaient revenir vivants. Le phénomène est devenu significatif à partir d'avril 2002, lors de l'invasion de la Cisjordanie par Israël. Trois jeunes (âgés de 12, 13 et 17 ans) ont attaqué la colonie juive de Netzarim en sachant qu'ils s'en allaient à la mort. Deux mois plus tard, un adolescent de 17 ans s'est fait sauter dans le centre de Jérusalem (sept morts). Ces dernières semaines, plusieurs jeunes ont été interpellés alors qu'ils allaient commettre une opération-suicide.

Selon les officiels israéliens, cette recrudescence des attentats-suicides commis par des mineurs serait le résultat du « lavage de cerveau » qu'effectueraient des médias et les enseignants palestiniens. Mais ce n'est pas aussi simple. Selon une étude publiée début mars par le Centre de santé mentale de la bande de Gaza, 97,5% de la jeunesse locale souffre d'un syndrome de stress post-traumatique (PTSD) causé par les violences répétées, par la menace d'invasion militaire israélienne, ainsi que par les scènes qu'ils sont amenés à vivre quotidiennement. Dans le cadre de cette enquête, le psychiatre Iyad al-Saraj a interviewé 944 personnes âgées de 10 à 18 ans. Il a



Le jeune Houssam Abdo, 16 ans, arrêté devant un barrage de Tssahal au sud de Naplouse. Des victimes de lavage de cerveau ou du syndrome de stress post-traumatique? (HAWURRA, 24 MARS 2003)

tiens ont vu l'un de leur proche tué ou blessé par Tssahal et que 25% rêvent de devenir *chahid*. Certes, tous ces candidats déclarés au suicide ne passeront probablement pas à l'acte. Cependant, beaucoup d'entre eux affirment être motivés par le fait d'avoir vu leur père (le seul détenteur de l'autorité au sein de la famille palestinienne traditionnelle) perdre son travail en raison du boicottage des territoires par l'Etat hébreu et subir des mauvais traitements ou des humiliations devant les barrières de Tssahal.

Appel à une « Intifada intelligente »

SOIXANTE PERSONNALITES PALESTINIENNES, parmi lesquelles l'ex-ministre Yasser Abed Rabbo (l'un des pères fondateurs de l'accord de Genève), la députée indépendante Hanane Ashrawi et Abbas Zaid (un proche de Yasser Arafat), ont publié mercredi dans le quotidien *Al-Ayam* (proche de l'OLP) un texte appelant le Hamas à ne pas exécuter sa menace de venger la « liquidation » du cheikh Ahmad Yassine. Les signataires de l'appel estiment qu'une « Intifada intelligente » est plus efficace que des actions de représailles aveugles. Se déclarant persuadés qu'il est possible de mettre fin aux trente-sept années d'occupation israélienne par des voies politiques, ils affirment que « la meilleure façon de répondre à Sharon est de mettre le doigt sur sa déroute politique et morale plutôt que d'adopter ses méthodes ».

S. D.

- "Les personnes vivant longtemps dans des environnements abusifs ou hostiles n'ont peut être jamais appris ou oublié les règles d'un mode de vie civilisé et pacifique" (Van Der Kolk)
- Le **syndrome de Stockholm (identification à l'agresseur)** désigne un phénomène [psychologique](#) observé chez des [otages](#) ayant vécu durant une période prolongée avec leurs [geôliers](#) et qui ont développé une sorte d'[empathie](#), voire une sorte de sympathie ou de [contagion émotionnelle](#) vis-à-vis de ceux-ci, selon des mécanismes complexes d'identification et de survie (1973).

LES COUTS « HUMAINS » D'UNE GUERRE

L'ESPT est un bébé » de la guerre du Vietnam

- Guerre Vietnam (1964-1975):** *140 milliards USD*
 - 3 600 000 engagés (10%)
 - 58 000 morts
 - 6% invalides
 - 27 % non réinsérés
 - 180 000-280 000 « Vet » souffrant de troubles psychiques liés au traumatisme avec 15,2 % ESPT
 - 320 000 ayant des ennuis avec la justice dont 29 000 ont été emprisonnés
 - Augmentation répertoriée par plus de 30 études de la consommation d'alcool, de tabac et de drogues

STATISTIQUES MILITAIRES:



COÛT DE L'ESPT

Aux USA:

Cout des troubles anxieux USD 42,3 milliards en 2001 (Greenberg 2008) *dont 25 à 29% seraient liés à l'ESPT, mais qui a le coût individuel largement le plus élevé*

27 billion (Mackenzie 2005)

Annual cost of medical care for ESPT/case USD 75 000 (Weir 2010)

En Grande-Bretagne:

Cout ESPT estimé à 11 milliards de livres sterling (2005)

QUELQUES CHIFFRES SUVA

Année	SUVA	Autres Ass.
1984	26	28
1995	216	166
2006	320	41
2010 (750 000)	389	127

*Env. 400-450 cas par an liés aux accidents , 45% des victimes ont entre
15 à 35 ans* Statistiques LAA SUVA 2011

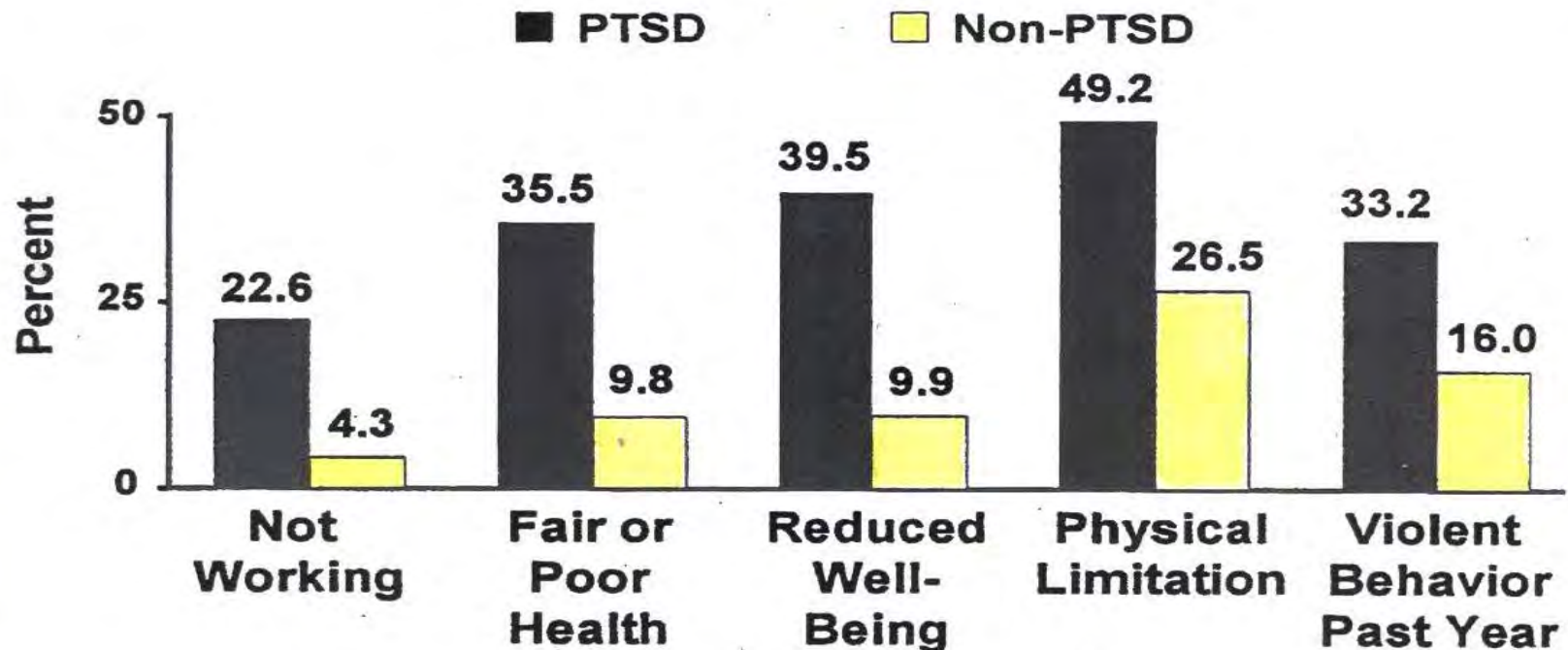
QUESTION: NOMBRE DE CAS DIAGNOSTIQUES (?) ESTIMATION 20-25%

SUISSE: COUT ET DEVENIR DES ESPT

- Un an post accident de 10 à 26 % des patients/assurés restent symptomatiques
- Au delà de 3 ans(sous traitement): peu d'évolution favorable
- Coût moyen/cas : 950 000 CHF

COUT ESPT : L'IMPACT ESPT SUR LA QUALITE DE VIE

PTSD Impairs Quality of Life



Zatzick DF et al.

Qui dit Etat de Stress Post-Traumatique dit trauma....

LES TYPES DE TRAUMAS:

- L'état de stress post-traumatique est par définition un **trouble** qui résulte **d'événements traumatiques *inhabituels***:

	chiffres	tendance
- guerre	2%	=
- violence sexuelle	6%	+
- agression	25%	++
- catastrophe naturelle	17%	+
- accident circulation	28%	+/=
- accident sport/travail	21%	+
- décès brutal d'un proche	60%	=

Breslau et all 1998

FREQUENCE D'EXPOSITION A DES EVENEMENTS TRAUMATIQUES SUR LA VIE:

Etudes	Population	Hommes	Femmes	Types
Breslau & al., 1991	Jeunes adultes (20-30 ans) USA nb : 1700	43 %	37 %	Tous traumas
Norris & al., 1992	Adultes USA nb : 1000	74 %	65 %	10 traumas sélectionnés
Kessle & al., 1995	Population générale USA nb : 5877	61 %	51 %	Tous traumas
Breslau & al., 1998	Adultes USA nb : 2181	97 %	87 %	19 traumas présélectionnés

FACTEUR DE RISQUES LIES AU TRAUMA

Il y a 4 voies de traumatisation:

1. **Traumas ponctuels (type I)**

Ex : accident de la circulation

⇒ mécanisme « d'effraction »

2. **Traumas répétitifs (type II)**

Ex : guerre, abus sexuels répétés

⇒ mécanisme de « sommation » (+ effraction)

risque de numbing et dissociation ++

3. **Traumatisation directe**

la victime dite primaire

4. **Traumatisation indirecte**

GRAVITE DU TRAUMATISME

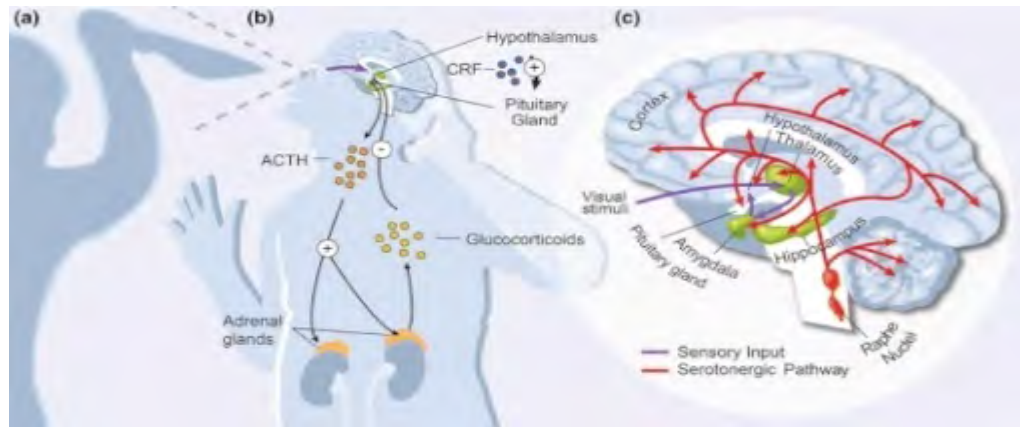
⇒ **Source d'un risque plus élevé de développer un trouble psychique/ESPT**

- Critères de FOA (1989): **imprévisible, incontrôlable, menace vitale**
- Viol > Agression humaine > catastrophe naturelle > témoin
- Sévérité (accident) et durée (répétitivité) du trauma
- Existence de **violence interpersonnelle** (deshumanisant et perte de compétence: associé l'idée que contrairement à une catastrophe naturelle cela devrait être contrôlable)
- Niveau d'intrusion dans la sphère de l'intime (viol)
- Niveau de confrontation à la mort
- « Qualité » de **l'environnement après le trauma** (camp réfugié, zone sinistrée, etc.)

Présence ou non de **stresseurs secondaires** (cummulatifs): atteinte physique, procès, déplacement, perte d'emploi, manque de soutien social et affectif, etc.

IMPACT NEUROBIOLOGIQUE DU TRAUMA

- Activation des circuits de la peur dans le SNC



- Activation de l'axe hypoth-hypophyso-cortico-surrénalien
- Activation des réponses comportementales innées/automatiques: ***combattre, fuir ou se figer.***
- Mémoire: souvent fragmentée (encodage perturbé)

SYNDROME D'ALARME ET HORMONES

HORMONES RELEASED DURING TRAUMA

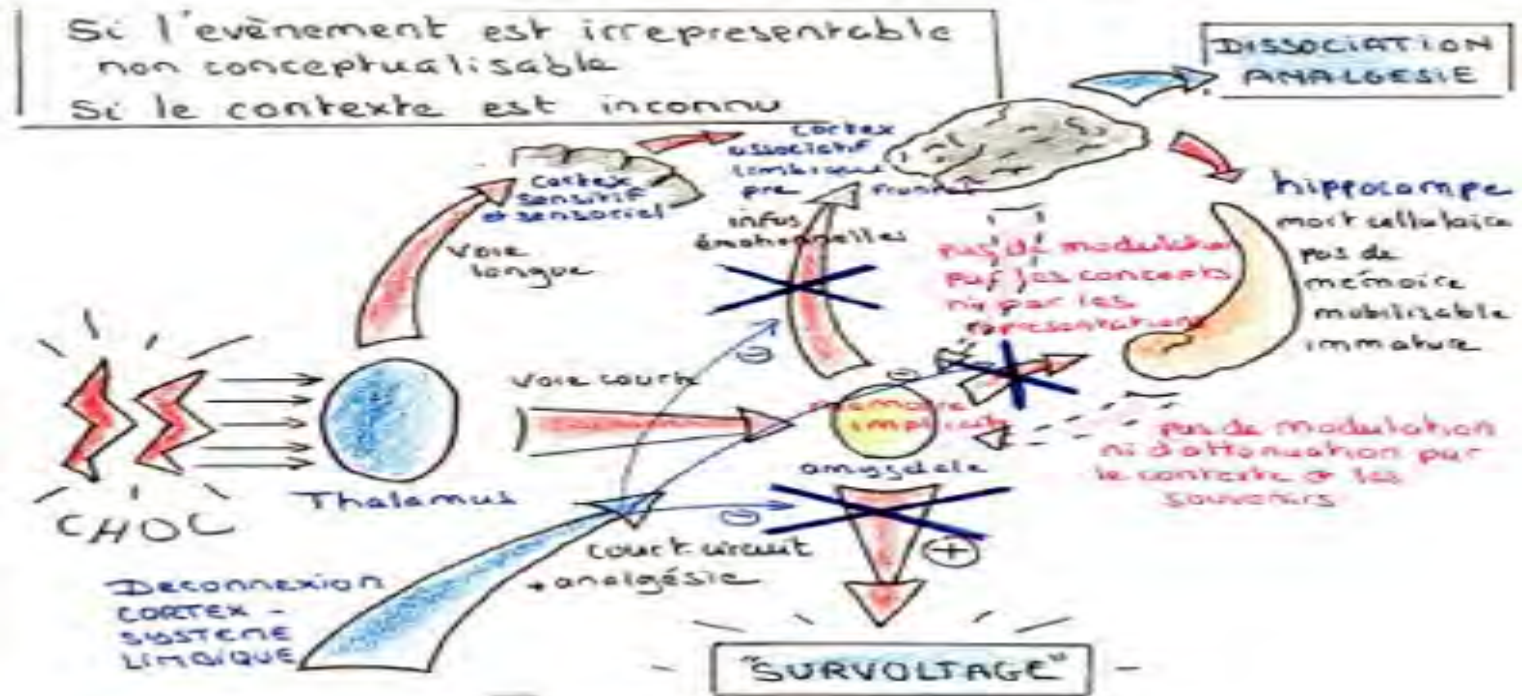
CATECHOLAMINES	CORTISOL	OPIATES	OXYTOCIN
<ul style="list-style-type: none">*adrenaline*help with FIGHT so the body can fight back against the traumatic event*can also help with FLIGHT to try to run from the threat	<ul style="list-style-type: none">*affects the amount of energy the body has for its reaction* FIGHT or FLIGHT	<ul style="list-style-type: none">*body's natural morphine*to counteract physical pain that may accompany emotional pain*could tie into FREEZE	<ul style="list-style-type: none">*increase positive feelings*to counteract physical pain that may accompany emotional pain*could tie into FREEZE

PERTE DE CONSCIENCE ET DISSOCIATION:

- La **perte de conscience** protège (en principe), au moins en partie, car l'enregistrement du « vécu » traumatique est perturbé/pas présent
(?) enregistrement secondaire, empreinte physique
- La **dissociation** est un facteur de gravité, car indique:
 - haute intensité de la réponse émotionnelle
 - mise en place de mécanismes dissociatifs de protection

DISSOCIATION

Schéma de la disjonction, Muriel Salmona, 2006



HISTORIQUE DE L'ESPT

- ◎ **1884: Oppenheim**
« **Traumatische Nevrosen** » accidentés chemin de fer, lésions SNC par morceaux de fer
- ◎ **1887: Charcot**
Description d'état « hypnoïde » secondaire au traumatisme
- ◎ **1892: Freud**
« C'est de réminiscence traumatique que souffre l'hystérique... »
- ◎ **1897: Freud**
Abandon de la conception traumatique de l'hystérie pour une conception fantasmatique
- ◎ **Première & deuxième guerre mondiale**
« Hystérie de guerre »
« Shell shock »
Fatigue de guerre
1917: Salomon IPAS
1941: Kardiner ⇨ Névrose Traumatique

HISTORIQUE DE L'ESPT :

- DSM-I et DSM-II : ESPT absent (1968-1980) "Gross stress reaction"
- Guerre du Vietnam (1964-1975)
Multiplication des études
Apparition du concept : ESPT
- 1980 : DSM-III introduction de l'ESPT
Figley, 1978
Horowitz, 1979

ESPT & ASSURANCES: UNE VIEILLE HISTOIRE

- Compensation neurosis (Trimble 1895)
- Railway spine (Ericksen 1882)
- Shell Shock(Mott 1913)
- Industrial neurosis (White 1910)

COÛT ET DEVENIR DES ESPT

- Un an post accident de 10 à 36 % des patients/assurés restent symptomatiques
- Au delà de 3 ans: peu d'évolution favorable
- Coût moyen/cas : 950 000 CHF

HISTORIQUE DE L'ESPT

- Initialement l'ESPT a été défini comme:
 - i) une nouvelle catégorie de réponse ou parfois de tentative de réponse adaptative
 - ii) a un stressueur extrême

Alors que dans le DSM IV il faisait partie **des troubles anxieux** (dans l'ICD des troubles névrotiques) dans le DSM V il s'agit d'une catégorie à part, celle nouvellement créée des **Troubles liés au stress ou au traumas.**

LES CRITERES DIAGNOSTIQUES DU DSM V

4 Groupes de symptômes

- Réminiscence du trauma
- **Altération des émotions et/ou de l'humeur**
- Evitement des situations et des pensées liées au trauma
- Hypersensibilité / Hyperactivité neurovégétative

Autres

- Troubles cognitifs / déficit d'attention
- Altération des mécanismes psychologiques de défense
- Atteinte de l'identité personnelle
- Somatisation (existence d'un ESPT somatoforme)
- Réduction des intérêts/repli

MODIFICATION DU DSM

Reorganization of PTSD Clusters

DSM-5

- B. Intrusion symptoms (1 of 5)
- C. Avoidance symptoms (1 of 2)
- D. Negative alteration in cognition and mood (2 of 7)
 - Inability to experience positive emotions
 - *Negative emotional state*
 - Negative beliefs and expectations about self and world
 - *Blame of self or others about event*
- E. Alteration in arousal and reactivity (2 of 6)
 - Added: reckless or self-destructive behavior:

DSM-IV

- B. Re-experiencing symptoms (1 of 5)
- C. Avoidance of stimuli and numbing of general responsiveness (3 of 7)
 - Avoids thoughts, feelings, conversations
 - Avoids activities, places, or people
 - Inability to recall aspect of event
 - Diminished interest or participation
 - Feeling of detachment or estrangement
 - Restricted range of affect
 - Sense of foreshortened future
- D. Increased arousal (2 of 5)

CRITERES DIAGNOSTIQUES:

Modèle : DSM-V (2013 version anglaise)

Critère A = le vécu traumatogène

⇒ Exposition à un événement traumatique ayant comme caractéristique

Menace de mort, de blessures sérieuses ou de violences sexuelles

1. Etre **directement** exposé au vécu traumatique
2. Etre le **témoin direct** de ce qui arrive à d'autres victimes
3. **Apprendre** qu'un événement très grave a menacé la vie d'un proche (membre de la famille ou ami). L'événement doit être accidentel ou violent.
4. Etre exposé de manière répétée ou extrême a des détails aversifs de l'événement traumatique (intervenants).

Note: le critère A4 ne concerne pas l'exposition au média, jeux, si l'exposition n'est pas liée au travail

Note: le "gatekeeper"

trop strict versus pas assez strict

Abandon de la primauté du vécu subjectif

L'événement vécu n'est pas per se traumatique, mais c'est le vécu subjectif de celui qui l'a subi...

Moins de **phénoménologique** et plus de **normatif** ?

➔ **Mais élargissement du champ des victimes possible (témoins, intervenants, journalistes, famille, etc.)**

➔ **Abandon de la réaction de peur, d'impuissance et d'effroi**

- Avant (éliminé): certains auteurs évoquent l'apparition d'ESPT après une succession de traumas mineurs et/ou caché ————— ➔ **« cryptotrauma »**

Scott M.J. Post-traum. Stress Disorder without the trauma B. J. Psychol. 2007

CRITERES DIAGNOSTIQUES (B)

⇒ L'événement est sans cesse « revécu »

(symptômes **d'intrusion** ou de rappel)

Présence de un ou plus de symptôme d'intrusion débutant après la survenue du trauma:

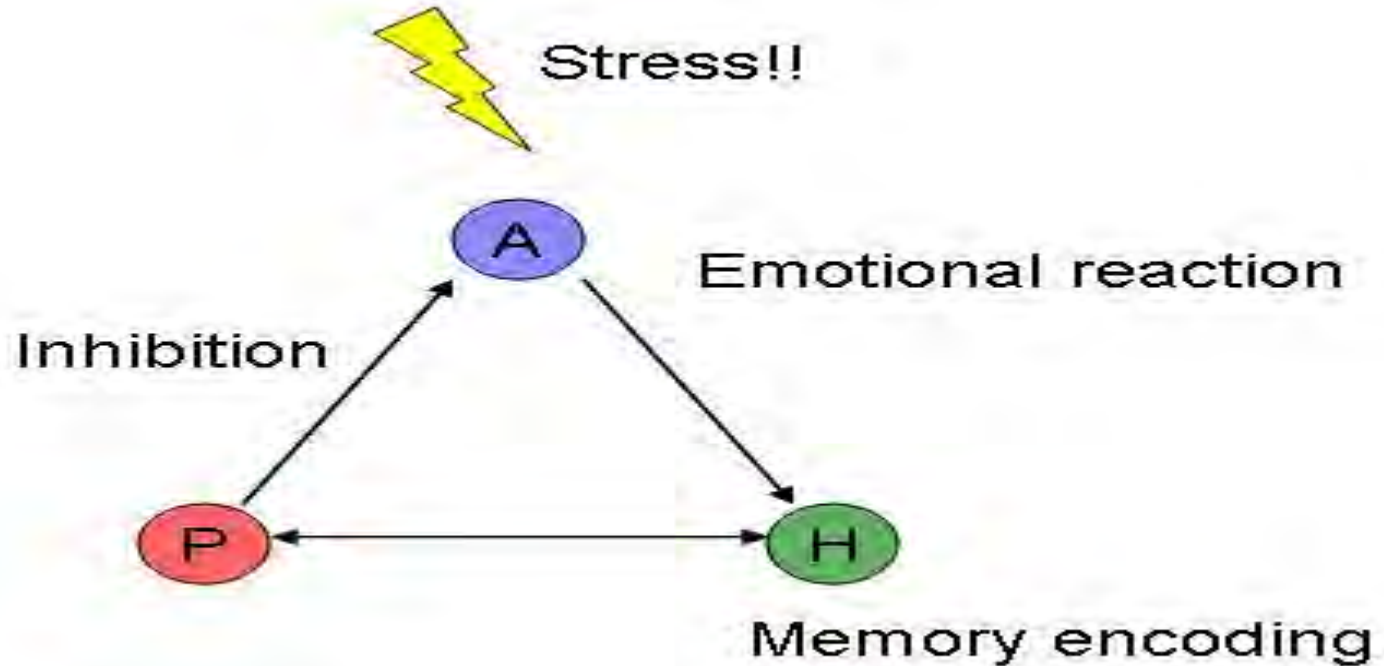
1. Souvenirs répétitifs et involontaires, source de détresse du trauma
2. Rêves récurrents source de détresse du trauma ou de fragments du
3. Réaction dissociatives (flashback) ou l'individu ressent ou agi comme durant....
4. Détresse psychologique activée par des stimuli qui ressemblent à un aspect de l'événement déclencheur
5. Réaction physiologique activée par des stimuli interne ou externes rappelant le trauma

Note: ne distingue pas le pathologique du normatif

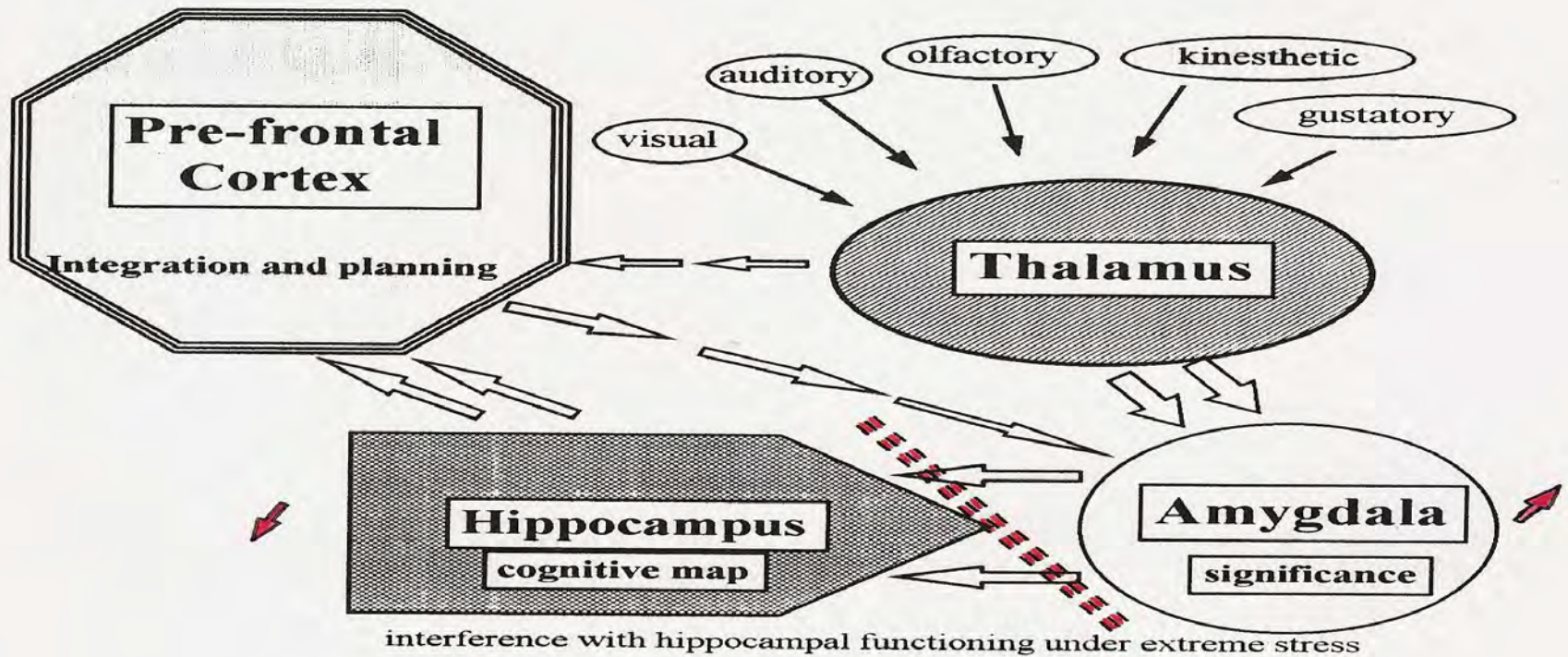
MODIFICATIONS NEUROENDOCRINIENNES DANS L'ESPT

- Hyperactivité et hyperréactivité du **SN autonome adrénergique** (Locus ceruleus FFF) consolidation mnésique, intrusion, startle response
- « Epuisement » du système **corticosurrénalien sur hypersensibilité récepteurs hypophysaires**
Profil endocrinien : CRF augmente
CS diminue
- Diminution sérotonine dans SNC (impulsivité évitement)
- Augmentation dopamine cortex préfrontal (focalisation)
- Augmentation des opiacés endogènes
- Peptide Y: diminué (neuropeptide anxiolitique, réduit activité NPA)

ESPT : UN TROUBLE DE LA MEMOIRE



Trauma provoque dissociation fonctionnelle du système et perturbe l'encodage mnésique



Hippocampe: rôle central dans la mémoire, permet le transfert des informations autobiographiques de la mémoire à court terme vers la mémoire à long terme

Amygdale est impliquée dans l'apprentissage de la peur, dans la consolidation de cet apprentissage et dans les réactions ultérieures au stress

Troubles SNC: archivage mnésique, réception/discrimination stimulus, hyperréactivité

MODELISATION GLOBALE DU TROUBLE

- Les souvenirs impliqués dans la survie sont stablement stockés dans les moindres détails
- Etat de stress est une maladie de la mémoire avec une sur-réaction de peur ou il n'y a plus de distinction entre le bon et le mauvais
- Exposition au trauma en aigu submerge le SNS de glucocorticoïdes (effet toxique sur la neurogénèse)
- Réorganisation pathologique du SNC avec un hippocampe hypo actif et une amygdale hyperactive qui empêche le processing puis le stockage de l'information

CRITERES DIAGNOSTIQUES (C)

⇒ Evitement : 1 symptôme sur 2

Evitement de stimuli associés à l'événement traumatique:

1. Evitements ou tentatives d'évitement de pensées, sentiments, sensations, souvenirs ayant un lien proche avec le trauma
2. Evitement ou tentatives d'évitement de situations (personnes, lieux, conversations, activités, etc.) liés au trauma

Note: prédicteur du maintien?

● *

DIAGNOSTIC (D)

Altération négative des émotions et de l'humeur, deux ou plus des symptômes suivants:

1. Incapacité de se souvenir d'aspect important du trauma (amnésie dissociative)
2. Croyances négatives persistantes à propos de soi , les autres ou le monde
3. Distorsion cognitives sur les conséquences du trauma menant la victime a se culpabiliser ou se victimiser
4. Etat émotionnel négatif persistant (peur, colère, honte, culpabilité)
5. ***Intérêt diminué à la participation d'activités***
6. ***Sentiment de détachement ou d'être différent***
7. ***Incapacité persistant à éprouver des émotions positives (joie, satisfaction, amour)***

DIAGNOSTIC (E)

⇒ L'hyperactivité neurovégétative

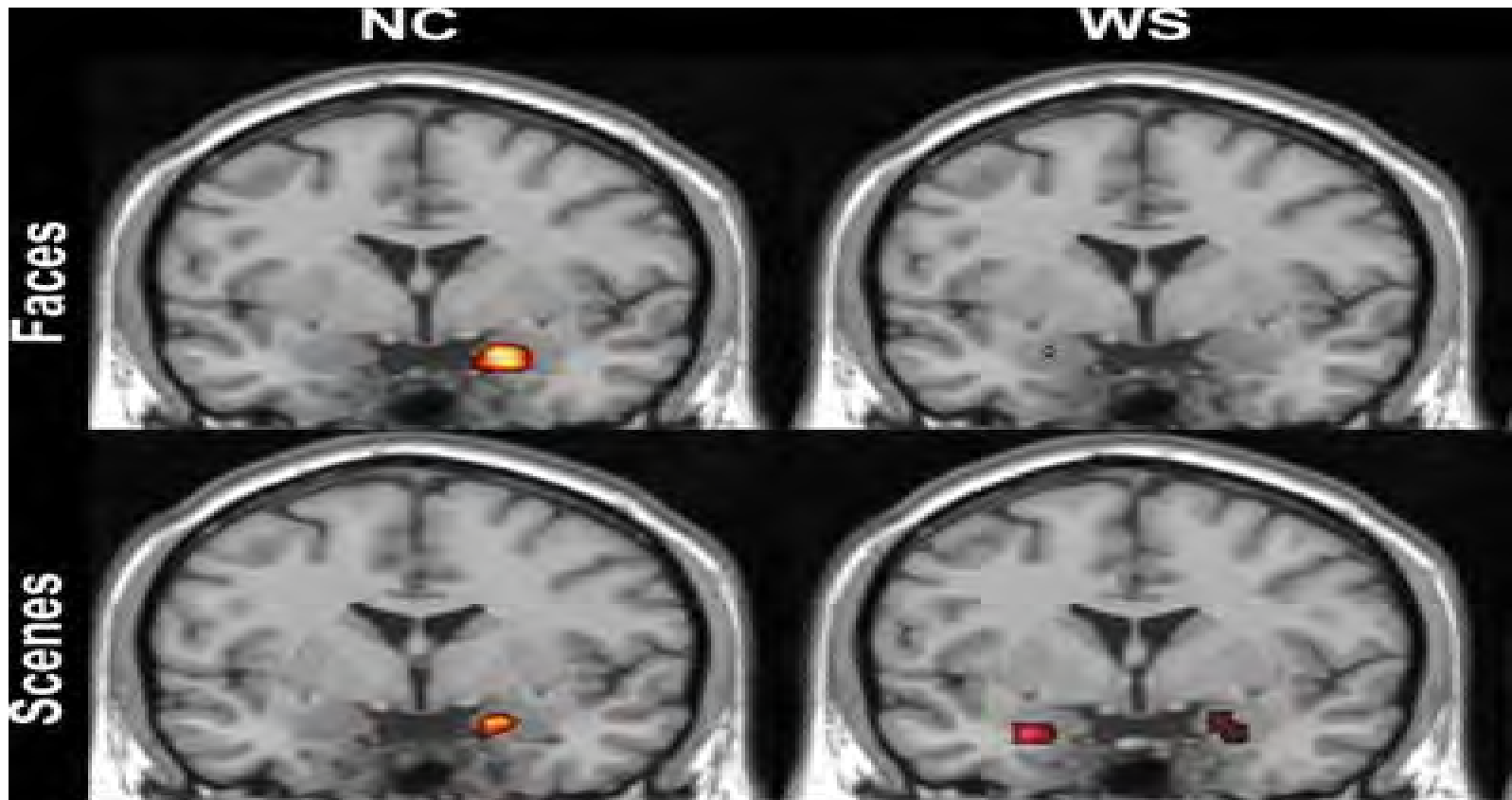
Deux symptômes de modification/altération de la réactivité depuis la survenue du traumatisme

1. Manifestation d'irritabilité ou explosion de colère (avec peu ou pas de provocation) souvent exprimée sous la forme d'un comportement violent vis-à-vis d'autrui
2. Comportement autodestructeur ou prise de risque
3. Hypervigilance
4. Réaction de « sursaut » exagéré
5. Problèmes de concentration
6. Troubles du sommeil

Note: ne distingue pas ESPT à une réponse normale à un trauma

Réponse augmentée de l'amygdale (NC) à la présentation de visage en colère ou de scènes violentes

Réactivité exagérée amygdale=facteur risque développement PTSD



DIAGNOSTIC (F, G,H)

F. Durée des symptômes de plus d'un mois

G. Doit provoquer une détresse significative ou une détérioration du fonctionnement psycho-social

H. Le désordre ne peut être attribué aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre condition médicale

DIAGNOSTIC

⇒ Evolution du diagnostic dans le temps (DSM-V)

(cette distinction n'existe pas dans l'ICD-10, et plus dans le DSM V mais la pertinence de cette subdivision temporelle et de son utilité est discutée)



Durée de 3 jours à 1 mois au maximum

Etat de stress aigu (F 38.3
et 43.0)



Plus de 3 mois à 50 ans...

Etat de stress post-traumatique (F 309.81)



Etat de Stress Post-Traumatique, forme retardée (delayed expression)

DSM-V :DEUX SOUS-TYPES

- **Sous-type dissociatif:** ESPT plus déréalisation et dépersonnalisation
- **Sous-type préscolaire:** jusqu'à 6ans, à l'origine d'altération du développement

NOUVEAUTE DANS LE DSM-V

- Clarification de la nomenclature diagnostique avec focus sur les enfants d'âge préscolaire=diagnostic séparé (investigation 6-12 ans)
- Redéfinition des critères du traumatique
- Discussion autour du nom
- Basé sur des études épidémiologique
- Plus de cognitivo-comportemental

CRTITERES DIAGNOSTIQUES ICD-10 DE L'ESPT

- Est une réponse différée ou prolongée a un événement **exceptionnellement** menaçant ou catastrophique qui provoquerait des **symptômes évidents de détresse** chez la **plupart** des individus

Symptômes "typiques":

- **Réviviscence** répétée de l'événement traumatique dans des souvenirs, des cauchemars
- Contexte durable **d'anesthésie psychique**, d'émoussement émotionnel
- **Peur et évitement** des stimuli associés au traumatisme
- S'accompagne habituellement d'une **hyperactivité neuro-végétative**
- Période de survenue: survenue après quelques semaines mais rare après 6 mois avec possibilité d'évolution chronique, de développement de conduites addictives.

CRITERS DIAGNOSTIQUES: DIFFERENCE ICD/DSM

- L'ICD-10 admet qu'un ESPT d'évolution chronique peut amener à **une modification durable de la personnalité** = séquelle chronique et irréversible d'un ESPT
- Le DSM admet par contre la notion de traumatisation infantile comme étant à l'origine de trouble du développement.

REVISION PROPOSEES POUR DSM V/ICD-11

- Révision sur 10 ans des critères diagnostiques
- « Task Force » de 600 experts (D.J. Kupfer)
- **En ce qui concerne PTSD les changements prévus se sont focalisés sur trois thèmes:**
 1. Changer/introduire les aspects psychopathologiques pertinents retrouvés chez les enfants en âge préscolaire
 2. Introduire les aspects traumatisants et d'expressions symptomatiques propre aux enfants/adolescents
 3. Rajout de deux sous-types d'ESPT: **PTSD chez les enfants en âge préscolaire** et **PTSD avec symptomatologie dissociative prédominante**

Pour l'ICD-11:

1. Plus proche DSM et plus détaillé
2. Addition d'un "complex PTSD" (perturbation marquée du fonctionnement émotionnel, de la relation à soi et aux autres)

EPIDEMIOLOGIE ESPT

⇒ Prévalence (sur la vie) dans population générale

(ECA; NCS; Detroit, Munich) Hommes : 0,5- 6 %

Femmes : 1,3 - 11,2 %

Retenir 5-9% population générale

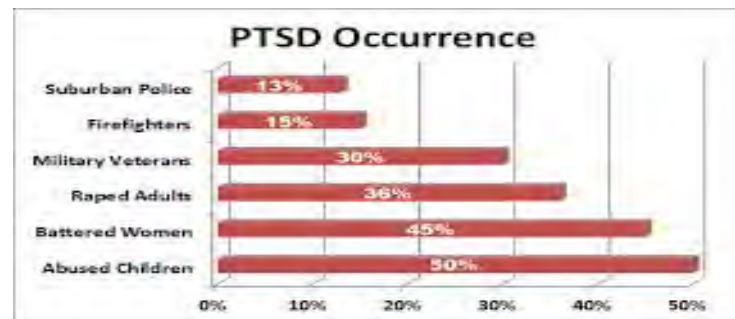
⇒ Existence de population à risque

- Milieux socio-économiques défavorisés
- Professions à risque (police, ambulancier, militaires, etc.)

⇒ Prévalence varie selon la nature du traumatisme (!)

Viol > Guerre > Agression violente > Accident = Catastrophe naturelle

Ex: 94 % victimes de viol présentent un ESPT six semaines après le trauma (FOA, 2001)



LE TRAUMA PAR LA MAIN DE L'HOMME

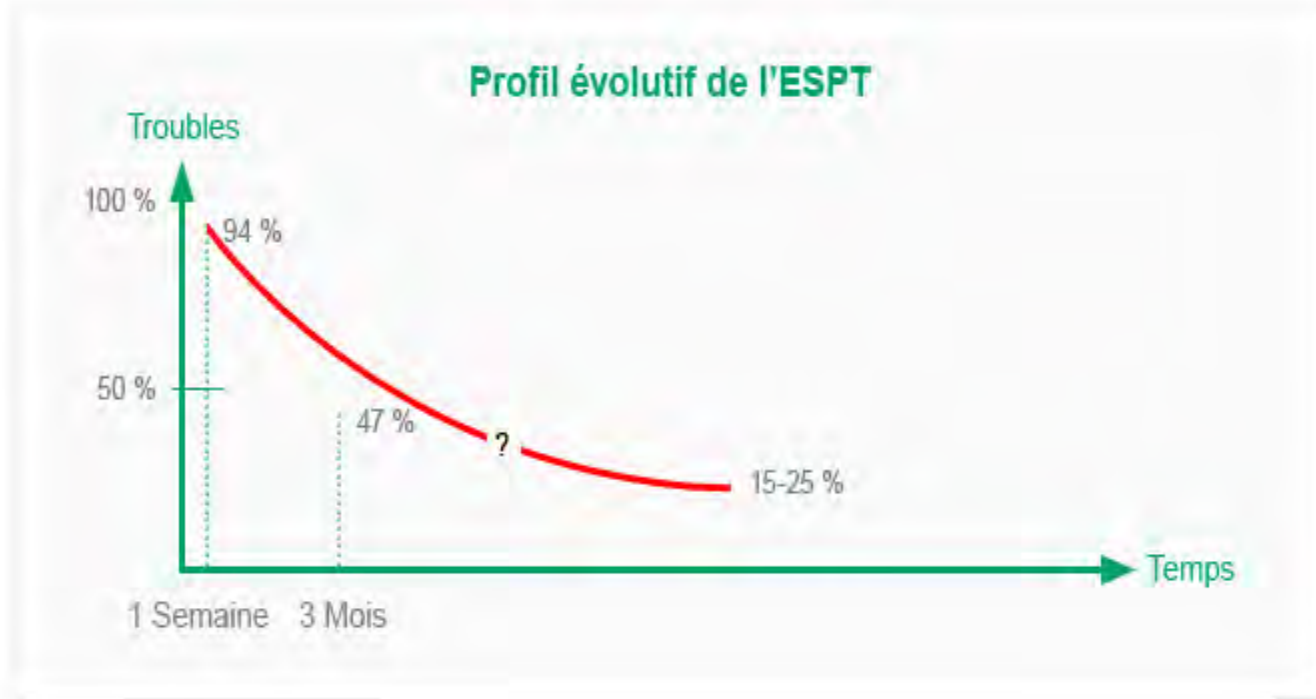
L'aspect « humain » est plus traumatisant car :

- Il remet en question nos croyances: par exemple notre croyance de vivre dans un monde sûr
- Il remet plus en question notre identité et notre fonctionnement social
- Il est source de perte de sens et de perte de repères
- Il est source d'émergence d'un sentiment de vulnérabilité et de culpabilité car est en principe contrôlable...

EVOLUTION NATURELLE DE LA MALADIE:

- Dans plus de 70-80% des cas il y a une guérison naturelle
- L'importance de la symptomatologie à **3 mois** serait un bon indicateur de référence comme les scores des échelles à 1 mois (aigu)
—————→ **Treat/No treat**
- A **un an** la persistance de symptômes sous traitement traduit le risque d'un ESPT chroniqué

EVOLUTION DE L'ESPT



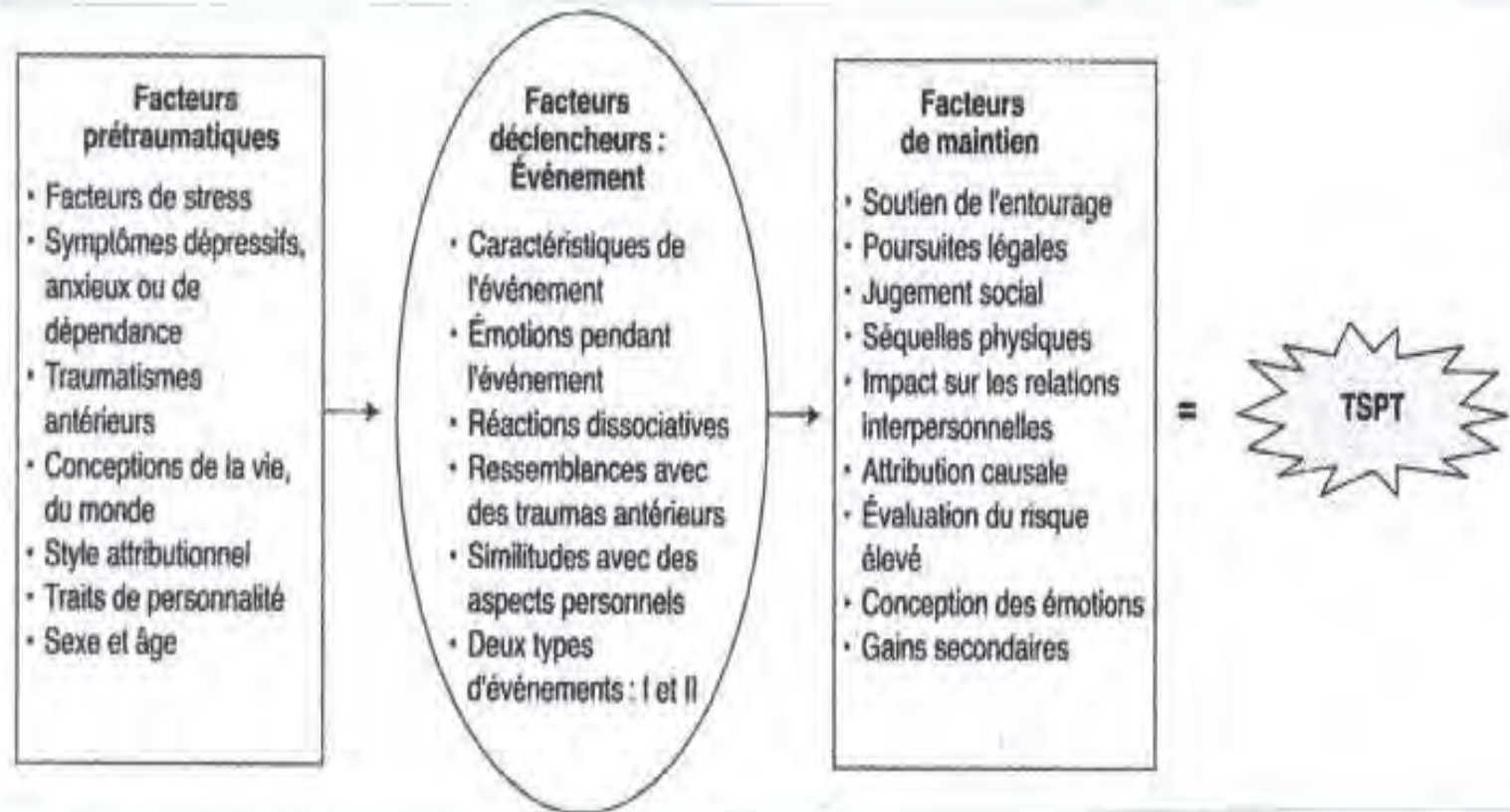
COMORBIDITE

⇒ **La co-morbidité est la règle: 80 %**

(Friedmann, 1990; Fog, 1996; Jordan, 1991; Kulha, 2008)

- ESPT et autres troubles mentaux
Hommes : 88,3 %
Femmes : 75,0 %
- ESPT et dépression
Env. 50 % (25-65 %)
- ESPT et troubles anxieux
Env. 30 % (30-60 %)
- ESPT et toxicomanie
Hommes : 50 %
Femmes : 30 %
- ESPT et troubles de la personnalité
40 – 60 %
- ESPT et TDAH
15- 20 %

LES 3 NIVEAUX FACTORIELS: LES FACTEURS DE MAINTIEN



LES FACTEURS DE MAINTIEN

Les **facteurs psycho-sociaux** (largement sous-estimés)

1. Soutien social

- *facteur pronostic central*
- *études montrent. sévérité symptômes **significativement plus élevés** (cotation IES-R +/- 20%) pour même trauma (Solomon et al 2000)*

2. Comment la société juge le trauma

préjugés négatifs vis-à-vis du viol

- *le syndrome Rambo*

cf. besoin de reconnaissance et d'appartenance des traumatisés (au contraire du rejet de jugement négatifs qui les confirment dans leur sentiment d'incompétence, etc.

FACTEUR DE MAINTIEN: IMPACT DU TRAUMA SUR LA VIE SOCIALE ET FAMILIALE

La non-réintégration du traumatisés dans sa famille ou de la société est plus fréquente que l'on ne le pense...

- Position de « malade désigné » ou position « régressive de victime —————→ **invalidation**
- Incompréhension entourage
- Attaque du lien (capacité de créer des liens sécurés) et de la confiance
- Atteinte de l'intimité (expression affective, sexualité)
présente post agression dans 25% cas, post viol dans 79% cas (Foa)

FACTEUR DE MAINTIEN: LES SEQUELLES PHYSIQUES

Règle: une atteinte/lésion physique augmente le risque du développement de l'ESPT et de sa sévérité

processus —→ cumulation stress physique et psychique

- Renforce **l'imprinting** du vécu traumatique et perturbe « l'oubli » (Keane 2002)
- La blessure active les mécanismes de stress (neurobiologique notamment activation HPA) et les processus inflammatoires: les cytokines (pro inflammatoires) ont **un effet psychotrope** sur la mémoire, l'humeur, le sommeil (Maier et al. 1999, Reichenberg 2003)

-

FACTEUR DE MAINTIEN: LA DOULEUR

Règle: la douleur a des effets à la fois *neurobiologiques* majeurs, que *psychologiques*

- Interaction ESPT et douleur : facteurs de maintien réciproques \longrightarrow douleur chronique
- La douleur très intense peut être le facteur déclencheur des réminiscences/réviviscences (Pain Coping and PTSD Gayle et al. 2003)

Il existerait une superposition des centres des émotions liés au conditionnement de la peur et de la douleur au niveau du SNC

UNE RENFORCEMENT RECIPROQUE: ESPT ET DOULEUR

- La douleur est connue pour générer « naturellement » **un sentiment de menace**
- La douleur peut être le **déclencheur des flashbacks** (Keane 1999)
- Elle focalise les victimes sur leurs perceptions sensibles et sensorielles (**hypervigilance sensorielle**)
- La douleur produit un **évitement comportemental**: évitement de mouvement ou d'activités pouvant provoquer la douleur

DOULEUR CHRONIQUE ET ESPT:

« L'état de stress post traumatique et la douleur chronique peuvent se contaminer et se renforcer réciproquement par des mécanismes de cercles vicieux similaires et en partie communs »

(Otis et Keane 2003)

ASSOCIATION ESPT ET PLAINTES SOMATIQUES

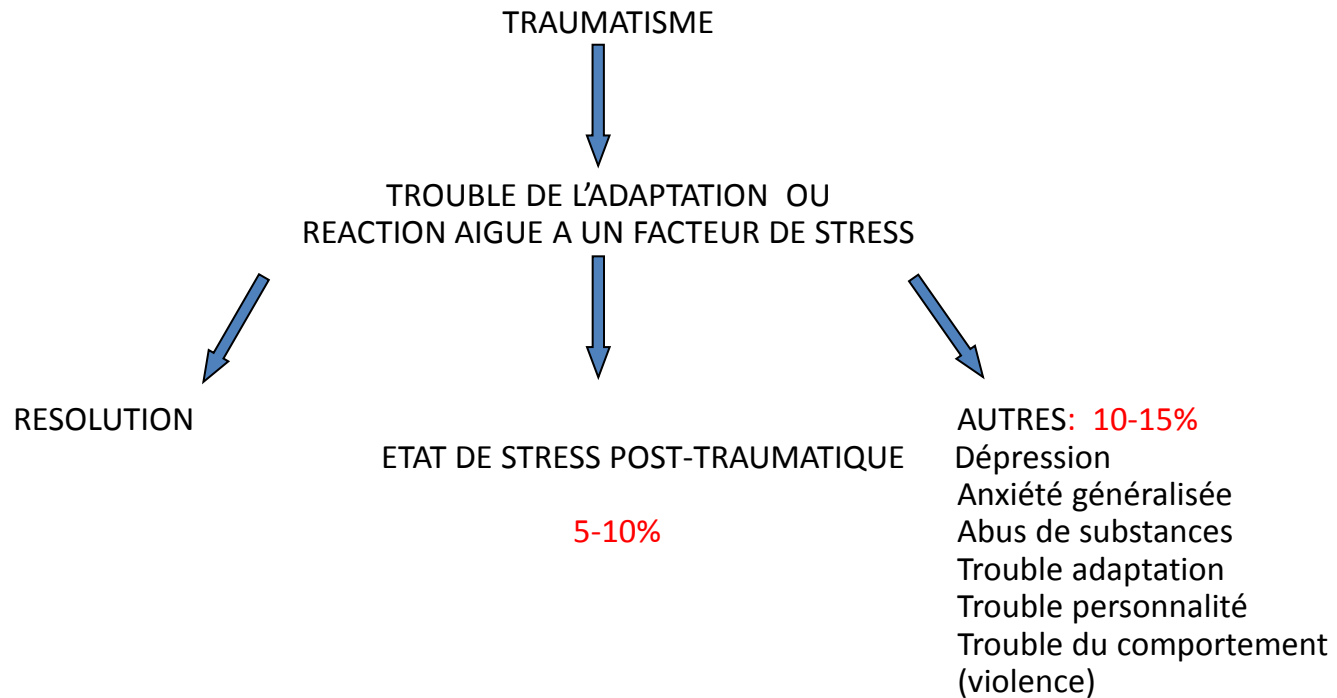
- **54% du coût asséculoologique de l'ESPT est lié aux soins non psychiatriques (*Keane 2001, Greenberg 1999*)**
- **L'association la plus fréquente: douleur chronique, maux de dos, plaintes aspécifiques (association présente 68% cas) (*Taylor et Katz 2003, Goldberg 2003, Zollner et Foa 2000*)**
- **Cette association est particulièrement fréquente dans accident de travail et agressions humaines**
- **Il existerait un lien entre trauma cumulatif et atteinte somatique (*Lauterbach 2005, Cloitre 2006*)**

ESPT ET ATTEINTE A LA SANTE SOMATIQUE

l'ESPT augmente:

- la fréquence des habitudes de vie négatifs
- les victimes se « soigneraient » moins bien: compliance, visite médicale, etc. (Kimerling et al. 2000: health perception among victims)
- Les mécanismes de stress sont perturbés et inadéquats (Lauterbach et al. 2005, Kessler et al. 2004)
- Maladies surreprésentées dans cette population: maladies coronaires, diabète, allergies, affections cutanées...

REACTIONS PSYCHOLOGIQUES APRES UN TRAUMATISME



REACTION PSYCHIQUE APRES TRAUMATISMES

- Exemple – Etude de Shalev (1997)

211 victimes évaluées à 4 mois après exposition à traumas

33% troubles psychiques

15% troubles anxieux

11% trouble humeur

4% PTSD

LES TRAITEMENTS



LES TRAITEMENTS

- Guidelines?
- Psychothérapies et efficacité
- Debriefing Yes or No?
- Thérapie cognitivo-comportementale
- Pharmacothérapie

TRAITEMENT DE L' ESPT

- Prévention primaire (?)
 - Debriefing
 - Defusing
 - Autres
- Interventions « traditionnelles » (ou les plus anciennes)
 - Approche psychodynamique
 - Hypnose
- Thérapie cognitivo-comportementale
 - Exposition / désensibilisation systématique
 - Techniques de Gestion du Stress
 - Thérapie cognitive
 - Désensibilisation par mouvements oculaires (EMDR)
- Thérapie interpersonnelle
- Approches systémiques
- Pharmacothérapie

DEBRIEFING PSYCHOLOGIQUE (DP)

- Technique utilisée pour diminuer l'incidence de l'ESPT
- Intervention immédiate, brève, en groupe, structurée qui facilite le processus émotionnel des événements traumatiques via la ventilation et la normalisation des réactions et la préparation pour des expériences futures possibles
- Utilité remise en cause par des études: certaines ont même montré une aggravation symptomatique post-debriefing

POURQUOI LE DEBRIEFING NE MARCHERAI PAS?

- Présupposé questionnable: le plus tôt =le mieux...
- Une séance sensibilise
- Processing segmenté par étapes inadéquat
- Compétence des debriefeurs
- Groupes inhomogènes

LES TRAITEMENTS PREVENTIFS

- **Conclusion Cochrane Library 8 juillet 2014**
 - « Il existe des preuves de qualité modérée de l'efficacité de l'hydrocortisone pour la prévention des TSPT chez l'adulte. Nous n'avons trouvé aucune preuve à l'appui de l'efficacité du propranolol, de l'escitalopram, du témazépam et de la gabapentine dans la prévention de l'apparition des symptômes des TSPT. Les résultats, toutefois, sont basés sur quelques petites études avec plusieurs limites. D'autres recherches sont nécessaires afin de déterminer l'efficacité de la pharmacothérapie pour prévenir les TSPT et d'identifier les modérateurs potentiels de l'effet du traitement. »

TRAITEMENT "PSYCHOLITIQUE":

- Utilisation de substances psychoactives dans la prévention du trouble: MDMA, LSD, Ayahuasca...

EXPOSTION PAR REALITE VIRTUELLE



TRAITEMENTS DE L'ESPT CONSTITUE:

Evaluation



Psychoéducation



Interventions traditionnelles (non centrées sur le traumatisme)

EMDR

Thérapie cognitivo-comportementale

Pharmacothérapie

EVALUATION DE L'ESPT: ECHELLES ET AIDES DIVERS

1. Utilisation d'interviews semi-structurées (SCID, CAPS)
2. Utilisation d'instruments psychométriques standardisés
3. Utilisation de grilles d'auto-observation

ECHELLE D'ÉVALUATION ESPT (A)

⇒ Auto-évaluation

- ◎ **Impact of Event Scale (IES) +version modifiée (IES-R)**
 - première échelle « historique », excellente fidélité test-retest
 - sensible à l'évolution symptomatique
 - 3 groupes de symptômes : intrusion, évitement, (hyperactivité nv)
- ◎ **Davidson Trauma Scale (DTS)**
 - fréquence et sévérité des symptômes
- ◎ **Treatment Outcome for PTSD (TOP – 8)**
 - échelle de choix pour réponse au traitement
 - rapide (8 items)

LA THERAPIE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE

- Technique d'exposition
- IHT
- Gestion du stress et inoculation du stress
- Thérapie cognitive (cognitive reprocessing therapy)
- Désensibilisation par mouvements oculaires (EMDR)

RESUME DES DIFFERENTS MODELES (COGNITIVO-COMPORTEMENTAUX) DE L'ESPT

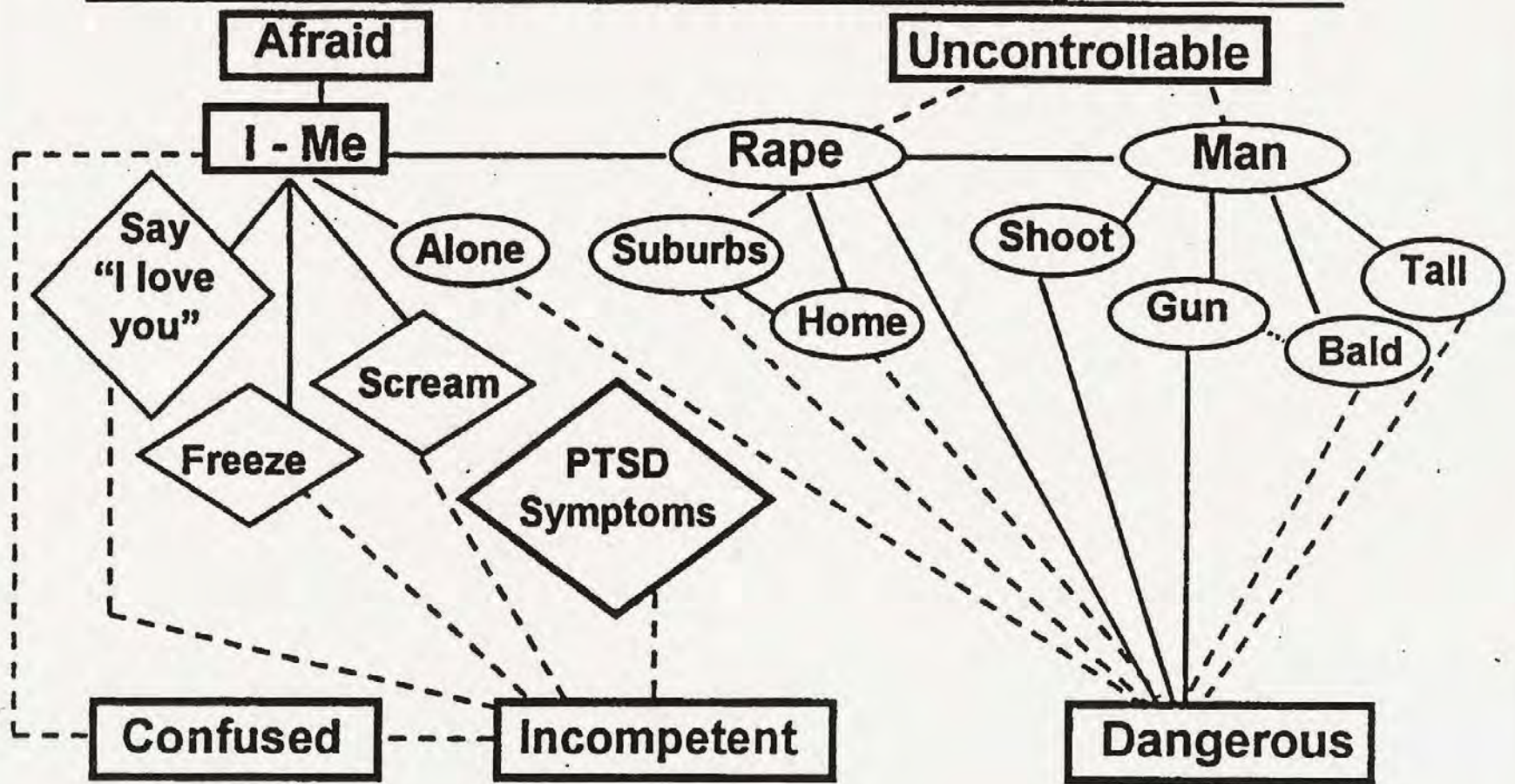
Globalement, 4 processus fondamentaux sont mis en œuvre :

- Processus d'assimilation / accommodation cognitive = confrontation avec les schémas cognitifs préexistants
- Interprétation des causes et des conséquences de l'événement traumatique (attribution - locus of control)
- Conditionnement simple : l'événement traumatique joue le rôle de stimulus inconditionnel aversif.
- Traitement information : importante source d'informations qui ne peut être immédiatement intégrée.

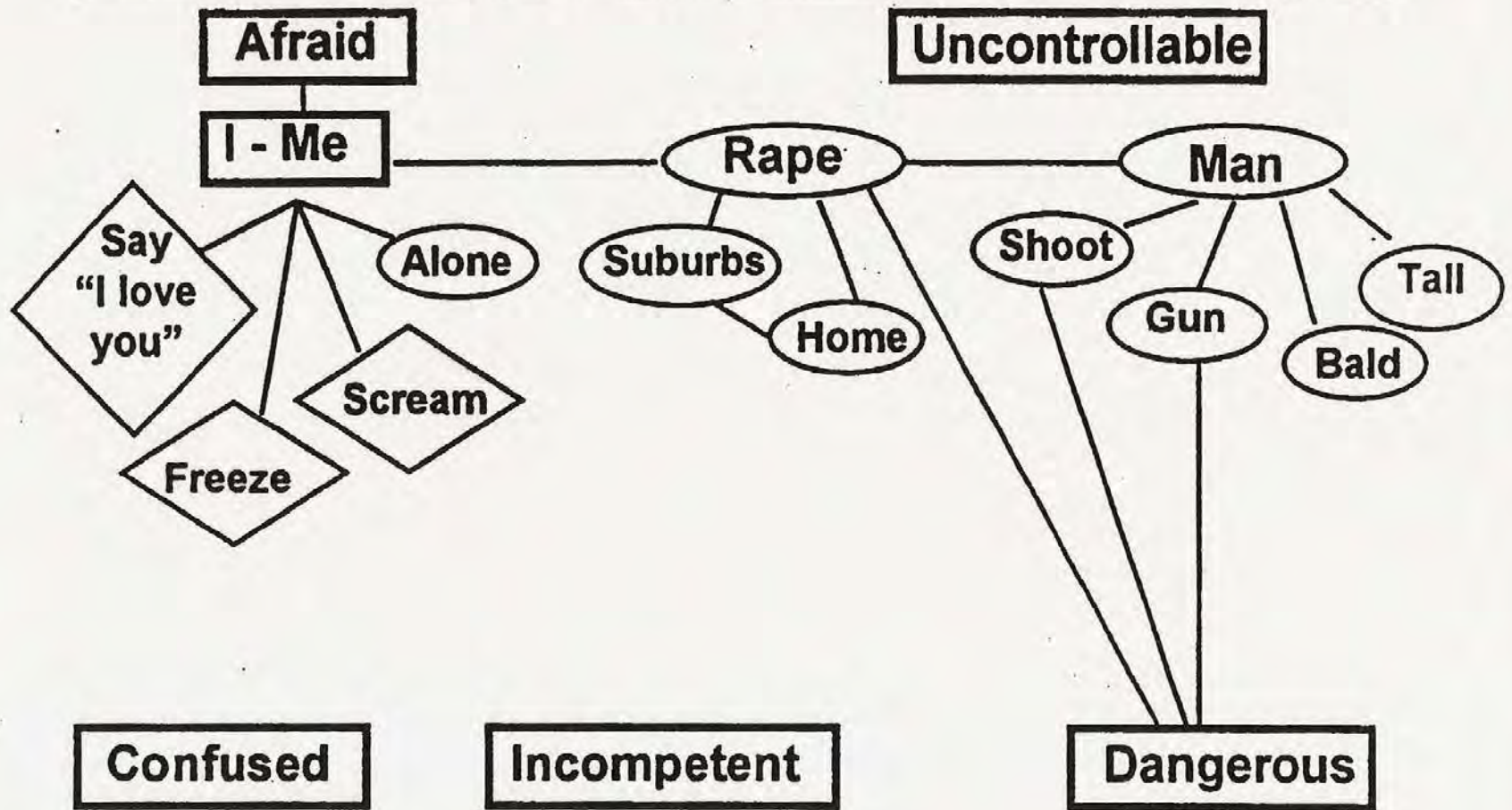
TRAITEMENT : PAR QUOI PASSE LE PROCESSUS DE GUERISON

- Activation répétée de la mémoire traumatique et aide à la réorganisation de la mémoire traumatique qui reste souvent fragmentée
- Incorporation d'informations correctives sur soi-même et le monde
- Relativisation de la dangerosité et retour à un sentiment de compétence
- La suppression des associations erronées (entre un stimulus et le danger)

Schematic Model of a Memory Shortly After the Rape



Schematic Model of a Recovered Rape Memory



THÉRAPIE COMPORTEMENTALE (II) :

LES TECHNIQUES D'EXPOSITION UTILISÉES DANS L'ESPT

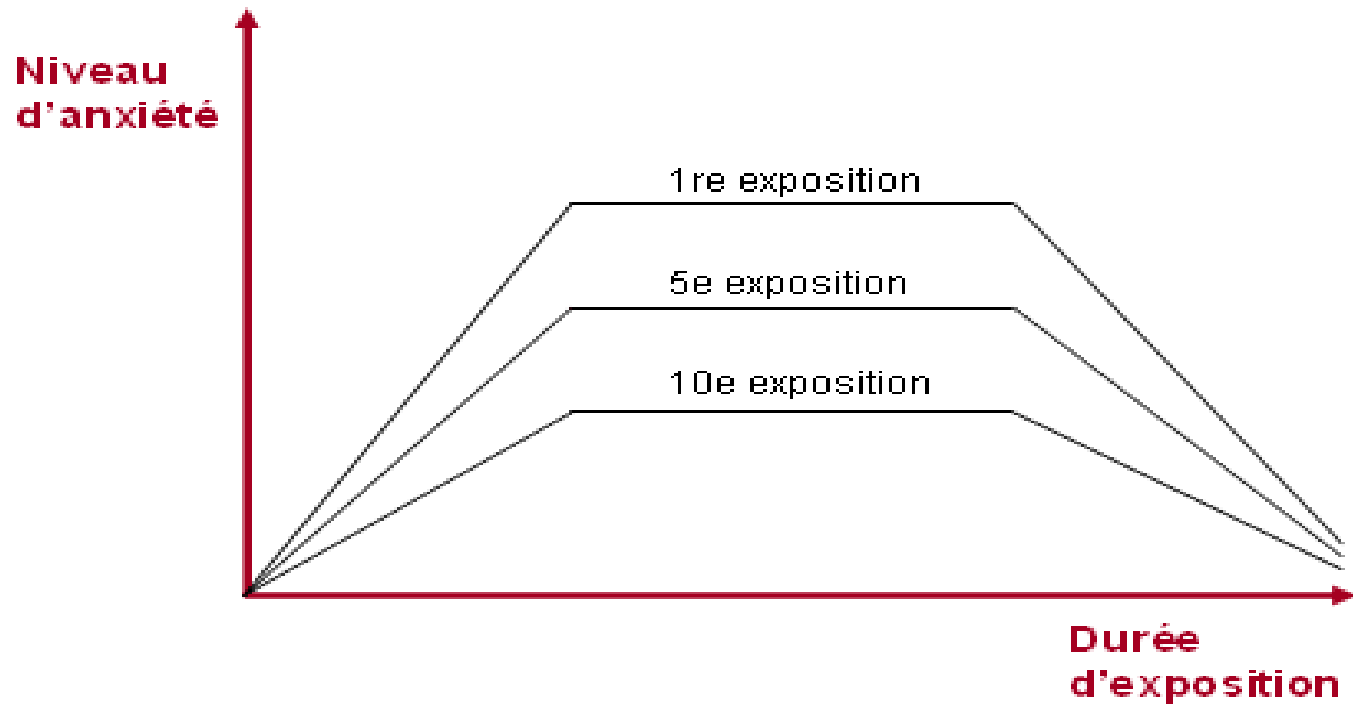
A / **Désensibilisation systématique** (Wolpe, 1958)

- Le sujet relaxé suit une présentation hiérarchisée de stimuli imaginaires de plus en plus intenses.
- Le sujet est invité à affronter dans la réalité les situations désensibilisées.

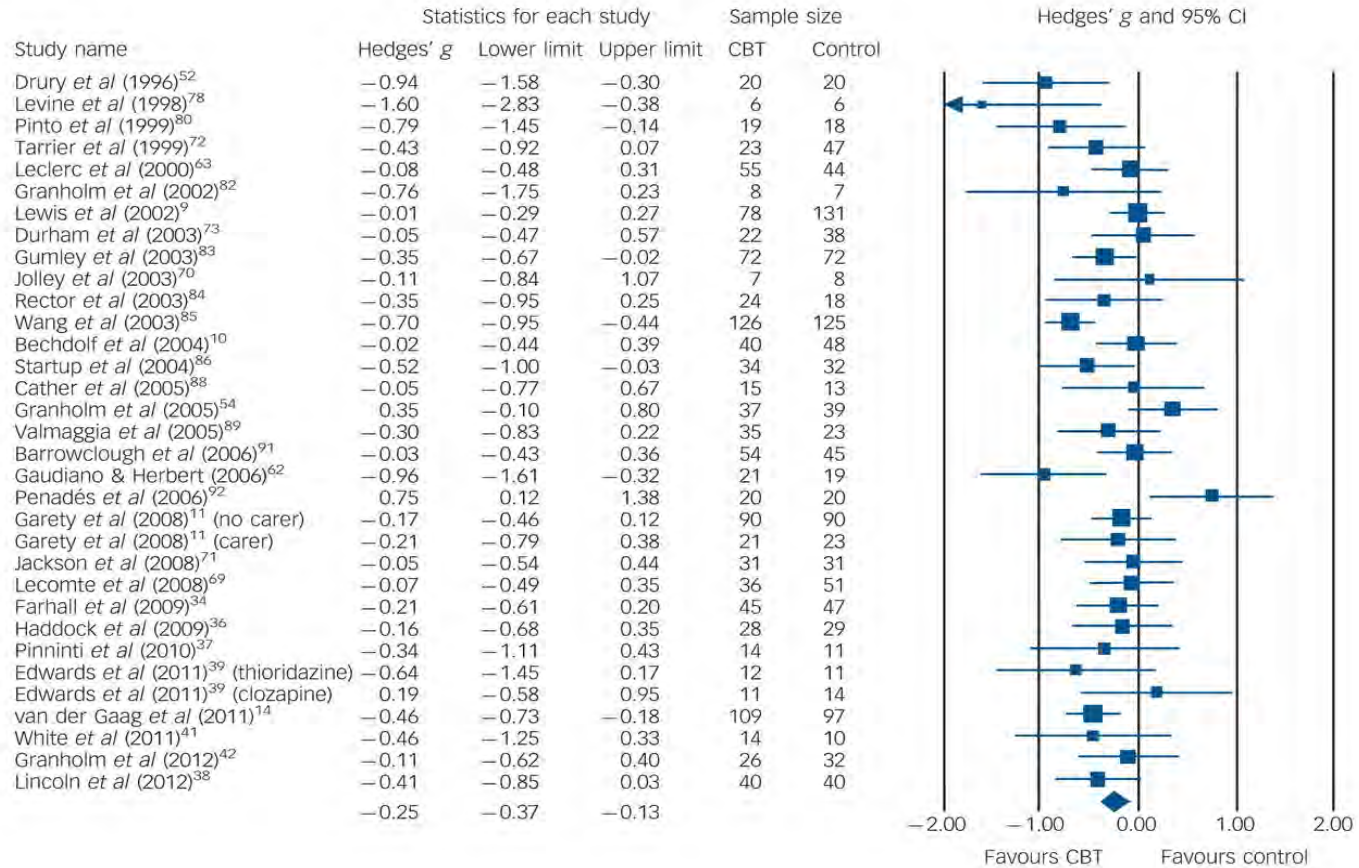
B / **Prolonged Exposure Therapy** (Foa et Riggs 1993)

- Le sujet est confronté en imagination à la situation traumatique de manière progressive et prolongée et s'expose aux stimuli déclencheurs associés, jusqu'à extinction de l'anxiété.
- Durée : 90 minutes (!) sur 12 séances

Exposition=mise en œuvre du processus d'habituation



EFFICACITE TCC



RESULTATS DANS LA COMPARAISON DES TRAITEMENTS: PAS SI SIMPLE...

Symptom Worsening after Cognitive Behavioral Treatments

	PE	PE/SIT	PE/CR	SIT	WL
	$n = 76$	$n = 22$	$n = 46$	$n = 19$	$n = 39$
Worsening of PTSD	0	1 (5%)	0	0	3 (8%)
Worsening of PTSD, Dep. or Anx.	5 (7%)	6 (27%)	3 (7%)	2 (10%)	20 (51%)
Improve on PTSD	71 (95%)	16 (73%)	43 (94%)	16 (84%)	14 (36%)

Worsening = Increase in symptoms by \Rightarrow 1 point

Improve = Decrease in symptoms by \Rightarrow 7 points

Dropout Rate by Treatment Category

Treatment (25 studies)	Total n	% Dropout
EX Alone	330	20.6%
SIT or CT Alone	222	22.1%
EX plus CT or SIT	335	26.0%
EMDR	143	18.9%
Controls (Active and WL)	543	11.4%

No difference among active treatments:

$$\chi^2 (3, N= 1030) = 1.73, p = 0.631$$

QUE DIT COCHRANE?

- 2007 : 17 articles revus avec un collectif de 4597 patients

Résultat: les thérapies focalisées sur le traumatisme **sont plus efficaces** que les interventions habituelles(psych. psychodynamique, soutien, counselling, psychoéducation simple)

2013: 70 articles revus avec un collectif de 4761 patients

Résultat: **TFCBT = EMDR = NFT**

PHARMACOTHERAPIE DE L'ESPT:

- Tricycliques : amitriptyline, imipramine
- IMAO : moclobémide, phénelzine
- **SSRI I** : sertraline, fluoxétine, fluvoxamine
- **NSRI II** : mirtazapine, venlafaxine
- Noradrénergique : propranolol, clonidine
- Sérotonergique : buspirone
- Antipsychotique atypique : rispéridone, quétiapine
- Thymorégulateur : carbamazépine, valproate
- Benzodiazépines : alprazolam

ALGORITHME DANS LA PHARMACOTHERAPIE DE L'ESPT = GUIDELINES

- Le traitement antidépresseur est « approprié » dans l'ESPT il est considéré comme **relativement efficace**.
- Il est particulièrement indiqué si l'ESPT est **sévère** et en présence de **co-morbidités**.
- **SSRI** restent le traitement de première intention (Cochrane 2006)

En cas de non réponse:

Augmenter à la dose maximale recommandée si toléré.

Considérer la bithérapie (SSRI avec : tricyclique, thymorégulateur ou neuroleptique atypique).

Changer de SSRI ou de classe d'antidépresseur (SNRI).

Durée:

Traiter **au moins 6 mois-1 année** puis diminuer progressivement avec un soutien thérapeutique.

= comme dans la dépression

GUIDELINES APA

Table 3. Pharmacotherapy for PTSD

Drug Class	Examples	Dosing Range	Line of Therapy	Common Side Effects
SSRIs	1. Fluoxetine (Prozac) 2. Sertraline (Zoloft) 3. Paroxetine (Paxil) 4. Citalopram (Celexa) 5. Escitalopram (Lexapro) 6. Fluvoxamine (Luvox)	1. 20-80 mg 2. 50-200 mg 3. 20-60 mg 4. 20-40 mg 5. 10-20 mg 6. 50-300 mg	1st line Avoidance ^a Hyperarousal ^a Re-experiencing ^b	Sexual dysfunction Sedation Appetite changes Headache Nervousness (if dose started too high)
TCA's	1. Imipramine (Tofranil) 2. Amitriptyline (Elavil)	1. 25-250 mg 2. 25-250 mg	2nd/3rd Line Avoidance ^b Hyperarousal ^b	Sexual dysfunction Anticholinergic SE Sedation
MAOIs	Phenelzine (Nardil)	30-90 mg	3rd Line Avoidance ^b Hyperarousal ^b	Cardiovascular SE Dietary restrictions Hypertension Sexual dysfunction
SNRIs	1. Venlafaxine XR (Effexor XR) 2. Desvenlafaxine (Pristiq) 3. Duloxetine (Cymbalta)	1. 75-300 mg 2. 50-400 mg 3. 40-120 mg	2nd Line	Gastrointestinal SE Sexual dysfunction Mild ↑ in HR/BP
Miscellaneous	1. Nefazodone (Serzone) 2. Propranolol (Inderal)	1. 200-600 mg 2. 40 mg tid-qid for 7-10 days	1. 2nd Line Nightmares ^b Sleep ^b 2. Prevention of future symptoms if given within hours of event (not widely used)	1. Black box warning for hepatotoxicity 2. Bradycardia Hypotension Drowsiness
Atypical antipsychotics	1. Risperidone (Risperdal) 2. Olanzapine (Zyprexa) 3. Quetiapine (Seroquel) 4. Ziprasidone (Geodon) 5. Aripiprazole (Abilify)	1. 0.25-2 mg 2. 2.5-10 mg 3. 25-100 mg 4. 40-160 mg 5. 2.5-20 mg	2nd Line (addition to antidepressant) Nightmares ^a Re-experiencing ^a	Weight gain Metabolic syndrome Akathisia Dystonic reactions
α-1 receptor antagonists	Prazosin (Minipress)	1-10 mg	2nd Line (addition to antidepressant) Nightmares ^a Sleep ^a Overall symptoms ^b	Dizziness Orthostatic hypotension Drowsiness
Anticonvulsants	Topiramate (Topamax) Divalproex (Depakote) Lamotrigine (Lamictal) Levetiracetam (Keppra)	Not well established	Not well established	Varies per drug

^a Evidence is positive.

^b Good evidence, but not as strong.

BP: blood pressure; HR: heart rate; MAOIs: monoamine oxidase inhibitors; PTSD: posttraumatic stress disorder; SE: side effects; SNRIs: serotonin norepinephrine reuptake inhibitors; SSRIs: selective serotonin reuptake inhibitors; TCAs: tricyclic antidepressants.

Source: Reference 16.

PHARMACOTHERAPIE: EFFICACE?

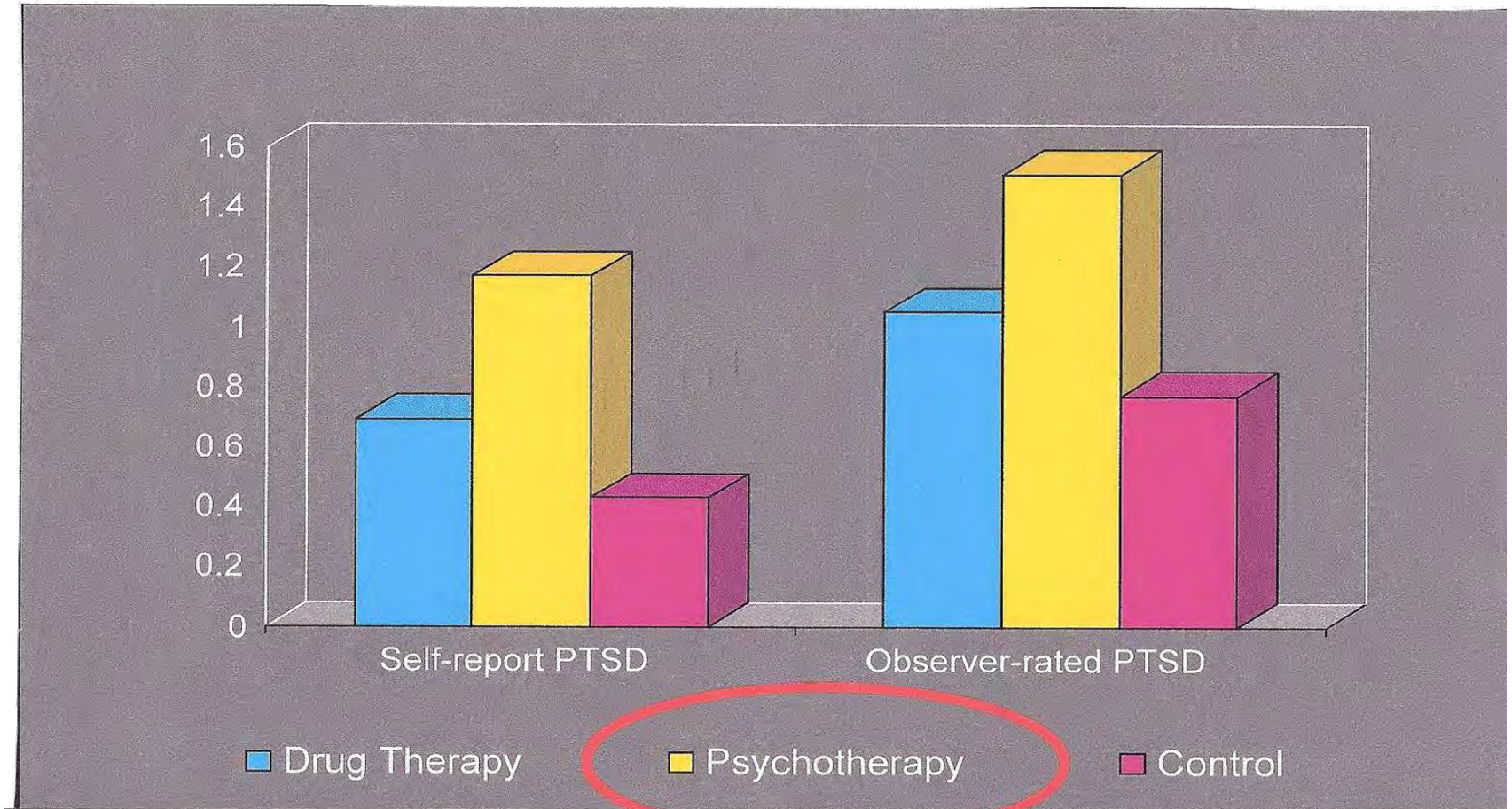
- Plus de 1000 études, mais peu concernent les enfants –adolescents
- Peu d'études dupliquées
- Methodologies et évaluation discutables, etc.

➔ Efficacité : **52 à 63% de répondeurs** en moyenne selon les études
(diminution > 50% symptomatologie)

Pharmacothérapie vs psychothérapie:

- Méta-analyse: (van Etten, 2002)
sur 61 études chimio et psychothérapeutiques
Efficacité globalement supérieure des approches psychothérapeutiques ?

EFFICACITE DES TRAITEMENTS



ESPT ET ASPECTS ASSECUROLOGIQUES

L'expert est amené à se prononcer sur la présence (et de son « impact ») de l'ESPT dans:

- Le plus souvent dans les cas d'accident(LAA)
- Dans l'attribution d'une rente AI
- Plus rarement dans les crimes ou délits graves (pour alléger la sentence)

ACCIDENT - L'EXPERT VA DEVOIR SE PRONONCER SUR:

- La **causalité naturelle**
- Le pronostic= atteinte durable/définitive
- L'adéquation du traitement
- Le « dommage » = droit a une **atteinte pour l'intégrité** (IPAI) cf. tabelles SUVA
- La **capacité de travail** et le pronostic touchant celle-ci
 - *Il n'y a pas de « linéarité » entre l'intensité des symptômes et le niveau de l'atteinte fonctionnelle (voir EGF)*

ROLE EXPERT:

Globalement il y a cinq question types auxquelles l'expert doit répondre:

1. Est-ce que le diagnostic d' ESPT est confirmé?
2. Est-ce-que le traumatisme allégué est suffisamment sévère pour être à l'origine d'un ESPT?
3. Y 'a t'il une antériorité?
4. Est ce que le diagnostic se base uniquement sur le subjectif de l'expertisé?
5. Quel est le niveau actuel de fonctionnement ?

PROBLEMES « COMMUNS » LIES AUX CERTIFICATS MEDICAUX

- Il y a une tendance par les médecins traitants à **abuser du diagnostic** (Faust& Zirskind 1998, Sparr 2006)

Il y a 5 types de problèmes communément observés:

1. Les interview d'évaluation sont trop courtes et pas assez détaillées
2. Il y a une méconnaissance ou une non-application stricte des critères diagnostiques
3. Une prise de fait et cause pour le patient, le médecin traitant devient « l'avocat » du patient
4. Les médecins ne tiennent pas compte du contexte asséculoologique qui est un facteur de maintien
5. Tout repose par trop sur le subjectif du patient avec une insuffisance de sources externes.

QUELQUES CHIFFRES A MEDITER

Cas complexes SUVA Genève (2009)

Sur 189 cas d'accident à évolution négative (IT > 1an) 125 avaient une problématique psychiatrique associée (66%)

Sur ses 125, 111 avaient un diagnostic d'ESPT (89%)

- 54 cas le diagnostic d'ESPT a été confirmé
- Dans 18 cas le diagnostic était limite (21%)
- Dans 17 cas le diagnostic a été invalidé (20%)

QUELQUES « GUIDELINES » POUR L'EXPERT

- Il faut garder une **neutralité** « éthique »
- Il faut évaluer l'ensemble de l'histoire médicale du sujet
 - Durant l'anamnèse, l'expert doit demander **des exemples détaillés des symptômes et de leur impact psycho-social** (pour déterminer l'impact du trouble sur le fonctionnement au quotidien)
- Ne pas se baser uniquement sur des sources provenant de la « victime » mais aussi **externes**(entourage, rapports de police ou médicaux, etc.)

GUIDELINES POUR L'EXPERT:

- La compétence de l'évaluateur: pour évaluer la gravité potentielle du traumatisme, l'expert doit se baser sur les manuels diagnostiques, la littérature spécialisée et les recherches récentes (être up to date!)
- Connaitre la spécificité et sensibilité des techniques diagnostiques utilisées (durée, méthodes d'évaluation, questionnaires)
- Présentation de l'évaluation (terminologie compréhensible au non-médecins, discussion diagnostique et pronostique, etc.)

LE RAPPORT D'EXPERTISE

- Avoir des sources clairement identifiées
- Mélanger des informations externes et l'opinion de l'expert
- Inclure des hypothèses
- Retenir un diagnostic justifié par les constats objectifs et qui se base sur des critères diagnostiques CIM ou DSM
- Répondre aux questions posées et se limiter à celle-ci (cave digression)
- Les opinions exprimées sont basées sur la littérature scientifique
- Exprimer ses doutes et incertitudes si elle existent

RAPPORT D'EXPERTISE

- Se rappeler que la présence d'une atteinte psychique n'est pas obligatoirement cause d'incapacité, pour évaluer cela il faut se baser sur **l'intensité du trouble** et **l'handicap généré** en terme de fonctionnement social ou professionnel

INSTRUMENTS DIAGNOSTIQUES ET QUESTIONNAIRES PSYCHOMETRIQUES

Possibilité d'utiliser des interviews structurées:

SCID la plus utilisée

interrater reliability .93

sensibilité .96

CAPS investigate 17 critères diagnostiques

sensibilité .91 spécificité .80

AUTRES: DIS-PTSD, PTSD Interview,etc.

QUESTIONNAIRES PSYCHOMETRIQUES

En principe ils permettent +/- de **quantifier l'intensité des symptômes donc la gravité du trouble**

- Impact of Event Scale (IES)
la plus vieille (Horowitz 1979) modifiée en 1997
- CAPS (Blake 1992)
- MMPI-2 (Keane 1998)
- PCL (Weathers 1993)
- PDS (Foa 1997)

Si les questionnaires ont une validité dans la recherche ou la clinique, dans les cas d'expertise leur utilité reste relative par leur effet auto-inducteur en particulier

Pour l'évaluation du fonctionnement

- EGF

EGF

Outils de mesure en psychiatrie Les échelles



Echelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) Axe V du DSM-IV-TR

Evaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie.

Ne pas tenir compte d'une altération du fonctionnement due à des facteurs limitants d'ordre physique ou environnemental.

EGF OU GAF

Global Assessment of Functioning

Last Updated/Reviewed

<input checked="" type="radio"/> 91 -100	Superior functioning in a wide range of activities, life's problems never seem to get out of hand, is sought out by others because of his or her many qualities. No symptoms.
<input type="radio"/> 90 - 81	Absent or minimal symptoms, good functioning in all areas, interested and involved in a wide range of activities, socially effective, generally satisfied with life, no more than everyday
<input type="radio"/> 80 - 71	If symptoms are present they are transient and expectable reactions to psychosocial stresses; no more than slight impairment in social, occupational, or school functioning.
<input type="radio"/> 70 - 61	Some mild symptoms OR some difficulty in social, occupational, or school functioning, but generally functioning pretty well, has some meaningful interpersonal relationships.
<input type="radio"/> 60 - 51	Moderate symptoms OR any moderate difficulty in social, occupational, or school functioning.
<input type="radio"/> 50 - 41	Serious symptoms OR any serious impairment in social, occupational, or school functioning.
<input type="radio"/> 40 - 31	Some impairment in reality testing or communication OR major impairment in several areas, such as work or school, family relations, judgment, thinking, or mood.
<input type="radio"/> 30 - 21	Behavior is considered influenced by delusions or hallucinations OR serious impairment in communications or judgment OR inability to function in all areas.
<input type="radio"/> 20 - 11	Some danger or hurting self or others OR occasionally fails to maintain minimal personal hygiene OR gross impairment in communication.
<input type="radio"/> 10 - 1	Persistent danger of severely hurting self or others OR persistent inability to maintain minimum personal hygiene OR serious suicidal act with clear expectation of death.

EGF

Exemple d'évaluation Mme X (à 2 mois et à 1 an)

	2 m	1 an	+	-
1. Estimation globale santé-maladie	50	60	10	
2. Capacité d'autonomie	50	55	5	
3. Gravité des symptômes	40	50	10	
4. Malaise subjectif	40	55	15	
5. Effet sur l'entourage	50	55	5	
6. Utilisation des capacités	60	60	-	
7. Relations interpersonnelles	40	55	15	
8. Sources d'intérêt	45	55	10	

JURISPRUDENCE TF ET LIEN DE CAUSALITE

- Il faut que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la **condition sine qua non** de celle-ci ([ATF 119 V 337](#) consid. 1, [ATF 118 V 289](#) consid. 1b et les références).
- Il n'existe pas de lien linéaire entre gravité de l'accident et séquelles psychogènes, mais l'expérience montre qu'un accident grave entraîne plus fréquemment un trouble psychique qu'un accident léger.
Se fondant sur ce constat, la jurisprudence relative à l'examen de causalité adéquate **ne se fonde pas sur le vécu de l'accident mais sur sa gravité.**
« *Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même* »
([129 V 402](#))

JURISPRUDENCE DU TF

- Dans les cas d'un **accident grave**, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique.
- En présence d'un accident de **gravité moyenne**, il faut prendre en considération un certain nombre de critères:
 - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
 - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
 - la durée anormalement longue du traitement médical;
 - les douleurs physiques persistantes;
 - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
 - les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes;
 - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.
- Dans un cas d'accident **léger (banal)** l'existence d'une causalité adéquate ne doit pas être en général admise.

ESPT ET EXPERTISE:

RESUME DE CEQUE L'EXPERT DOIT FAIRE/CONNAITRE

- Nature et intensité du trauma (description détaillée)
- Etablir le diagnostic et le diagnostic différentiel selon les critères de l'ICD-10 (en principe pas du DSM)
- Etat aigu versus état chronique et évaluer les facteurs qui conditionnent le pronostic
- Connaitre les méthodes de traitement et leur efficacité
- Evaluer la validité du traitement en cours.
- S'informer sur la situation professionnelle, sociale
- Evaluer le niveau d'atteinte fonctionnelle par questionnaire détaillé sur les activités quotidiennes, les relations sociales, etc.

GAIN ET UTILITE D'UN DIAGNOSTIC

- **Bénéfice primaire:** pouvoir communiquer
pouvoir comprendre
pouvoir contrôler/traiter/
prévenir
- **Bénéfice secondaire:** le diagnostic donne un avantage psycho-social, économique de statut/reconnaissance aux patients
- **Bénéfice tertiaire:** gain pour des tiers (avocats)

ACCENTUATION OU SIMULATION

Comme beaucoup de troubles psychiatriques qui posent problèmes dans leur évaluation, l'état de stress post traumatique est composé à 80% de subjectif (Thomas Gutheil)

- *«... a la LAVI ils m'ont averti que si j'avais ces symptômes (il lit la liste) alors je devais consulter en urgence car cela voulait dire que j'ai un état de stress post-traumatique.... »*
- *« je fais partie de l'association canadienne des victimes de traumatisme...je discute tous les jours avec d'autres victimes »*

QUAND FAUT-IL SUSPECTER UNE SIMULATION

- Fréquence simulation n'est pas connue: elle varie de **1% à 50%** selon les études (Keiser 1968, Henderson et Miller 1994, Cartlige 2004, Jones et Lewellin 2006)
- Cause première et la recherche d'une compensation financière avec un diagnostic « noble » qui donne assez souvent un résultat positif.
- Discordance marquée entre plaintes et constats cliniques
- Cauchemar identique et répétitif qui « revisite » le trauma
- Aucun comportement d'évitement de stimuli associé au trauma

R. Simon Forensic Psychiatry 2010

QUAND FAUT IL SUSPECTER UNE SIMULATION

- **Absence de réaction lors du récit du trauma** (naturellement l'expertisé va vouloir éviter d'en parler, il peut y avoir des parties oubliées, congruence émotion-récit)
- **Apparition tardive des symptômes** (symptômes de stress, insomnie, anxiété surviennent dans les 24 heures...)
- **Insatisfaction dans l'emploi/insatisfaction des employeurs**
- **Antécédents d'instabilité professionnelle**
- **Traits de personnalité antisociaux**
- **Discordance entre la capacité de travail et celle de « s'amuser »**
cf. Cohérence
- **Aspect variable ou évasif des plaintes**

Resnick et Al. Postraumatic stress in litigation 3rd edition 2006

EXEMPLE EXPERTISE

- Cas No 1

Mr Z. 46 ans

Employé communal

En IT depuis 1 an et demi

3^{ème} expertise pour rente, 2^{ème} = refus

Accident au travail chute échelle 5-6 m- perte de connaissance et amnésie - se réveille ambulance - hospitalisation 2 mois - 6 opérations

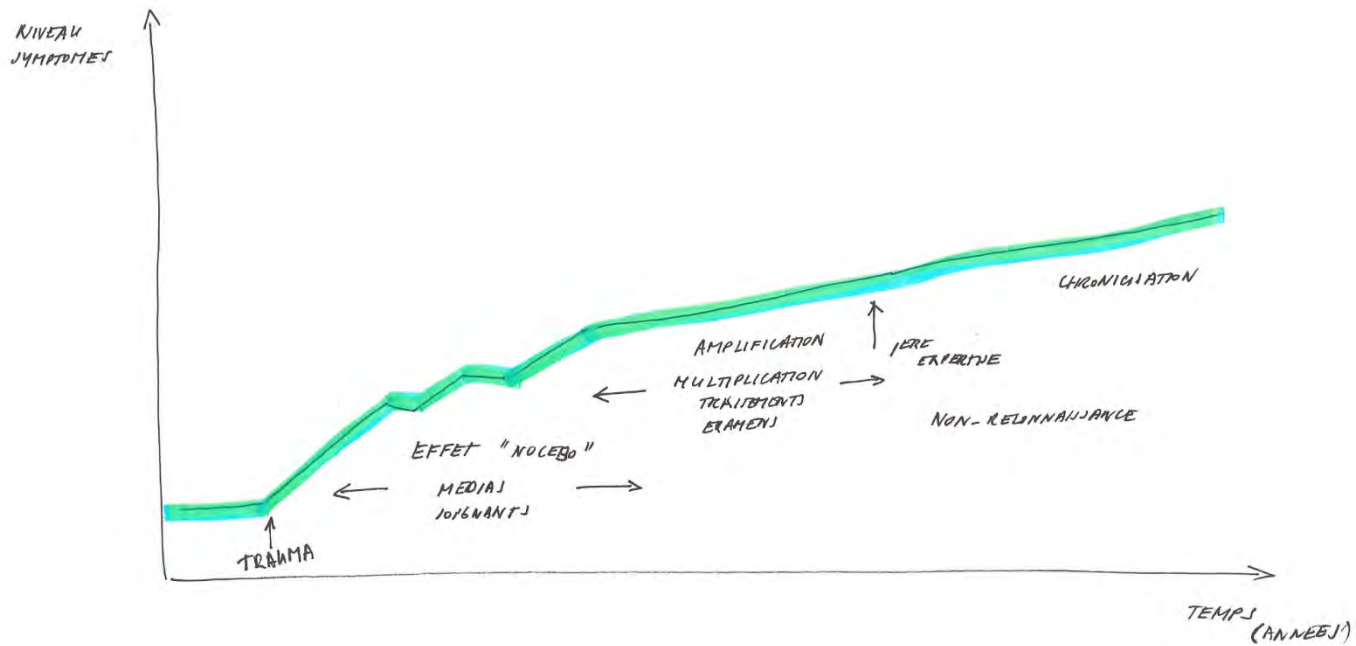
Licenciement par employeur après 9 mois

Pas de formation- mauvaise maîtrise français

Vécu de la procédure asséculoologique comme non reconnaissance

EXEMPLE EXPERTISE

- 1^{ière} expertise : dysthymie, pas ESPT, 2 ans post accident
- 2^{ième} expertise: 6 mois plus tard.
Diagnostic: ESPT et TD récurrent moyen à sévère
- 3^{ième} expertise: 1,5 ans plus tard
Diagnostic: ESPT léger et trouble douloureux somatoforme persistant



EXEMPLE EXPERTISE

- Cas No 2

Mme V. Suisse, 29 ans, mariée

En IT depuis 2008

1992 : victime d'attouchements sexuels répétés

2001 : alors qu'elle travaille comme assistante suite à une soirée arrosée lors d'un voyage d'affaire est violée par son patron dans sa chambre d'hôtel

A rien dit à personne a continué à travailler et voyager avec son patron durant 15 mois

2002: deuxième viol dans un contexte similaire

En parle à une amie, va mal son supérieur la mets à distance (transfert), elle est finalement dirigée vers psychiatre qui diagnostique un ESPT , qui l'encourage avec sa famille à porter plainte

2004: procédure juridique (perte de gain et procès civil contre employeur)

QUESTIONS POSEES A L'EXPERT:

- *Y a t'il une pathologie psychiatrique préexistante?*
- *A t'elle un vécu de traumatisme(s) ?*
- *Comment expliquer son comportement suite a l'alégation d'un premier viol?*
- *Souffre t'elle d'un ESPT ? Si oui depuis quand?*