

Stress Post-Traumatique

Prise en charge en médecine générale

Information importante pour le patient et sa famille

- L'état de choc post-traumatique correspond à un défaut d'assimilation psychique de l'événement traumatisant, qui reste actuel pour le patient au lieu d'être intégré comme un souvenir.
- Il est normal que le patient désire parler de l'événement à de nombreuses reprises et bénéfique qu'il puisse être écouté.

Conseils spécifiques à l'intention du patient et de sa famille

- Laissez le patient parler de l'événement autant de fois qu'il le souhaite et encouragez-le à exprimer ses sentiments librement. Il s'habitue chaque fois à la douleur et au traumatisme. N'essayez pas dans un premier temps de rationaliser ou contrer les émotions exprimées par le patient ; il est aussi déconseillé de le forcer à parler de l'événement traumatisant, s'il n'en ressent pas le besoin.
- Expliquez-lui les différents symptômes possibles de l'état de choc ou simplement que la douleur et l'indignation disparaîtront progressivement avec le temps.
- Abordez la gestion des aspects pratiques, suggérez qu'il pourrait être bénéfique d'alléger un temps le poids de ses obligations professionnelles et sociales. Assurez-vous que le patient puisse effectuer les démarches légales nécessaires.
- Un certificat médical répertoriant les troubles psychologiques constatés pourra être rédigé.

Traitement

- Dans les suites immédiates d'un événement traumatisant, il est recommandé de ne pas utiliser les benzodiazépines en phase aiguë et de leur préférer l'hydroxyzine et les bêtabloquants.
- Concernant l'état de choc post traumatique il n'existe pas de traitement de fond avéré. Les prescriptions d'anxiolytiques et d'hypnotiques devront respecter les durées recommandées, en gardant à l'esprit le fort risque d'abus et de dépendance. En cas de dépression associée, un traitement antidépresseur peut être indiqué, consultez la section dépression et les recommandations de l'Afssaps concernant l'état de stress post-traumatique¹.
- Surveillez l'apparition d'une consommation de toxiques.
- En cas d'insomnie invalidante, consultez la section sur les Troubles du sommeil.
- Certaines psychothérapies sont recommandées pour le traitement de l'état de choc post-traumatique: Thérapies comportementales et cognitives, EMDR.
- Les interventions précoces (Débriefing) sont discutées actuellement et ne sont pas systématiques. Elles doivent être effectuées par des thérapeutes habilités, présents dans les services d'urgences ou au sein des cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP).
- Les associations d'aides aux victimes² peuvent être une aide utile.

Consultation spécialisée

- Envisagez une consultation spécialisée en cas de symptomatologie sévère ou persistante malgré les conseils énoncés ci-dessus.

Ce qu'un médecin pourrait dire à une personne souffrant de troubles liés à l'état de stress post traumatique.

Références et liens

¹ **Recommandations adultes de l'Afssaps** : Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte :
http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/4541761eb43e6042b30470ef558862b4.pdf

² **Recommandations adultes de l'Afssaps** Associations d'aide aux victimes. Annuaire du Ministère de la justice :
<http://www.annuaires.justice.gouv.fr/index.php?rubrique=10089>

Présentation des symptômes

- A la suite d'un événement traumatisant, les patients se sentent bouleversés et préoccupés par cet événement et se plaignent de symptômes anxieux et dépressifs et/ou de manifestations somatiques.

Éléments diagnostiques

- Les patients présentent les symptômes suivants :
 - Reviviscence : le patient revit la scène traumatique, soit spontanément, soit suite à une perception lui rappelant la scène, soit dans son sommeil sous forme de cauchemars. Il existe une participation émotionnelle intense lors de ces reviviscences qui peuvent être à l'origine d'attaques paniques, d'une sidération, de troubles du comportement.
 - Hypervigilance : le patient est en permanence sous tension et réagit de manière vive aux stimulations.
 - Émoussement affectif : le patient se désinvestit émotionnellement et affectivement de ses activités quotidiennes et reste obnubilé par le traumatisme.
 - Peuvent être associés : Trouble panique, Anxiété généralisée, Troubles phobiques, Dépression, Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substance psycho-actives, Troubles dissociatifs, Troubles somatoformes.
- Les symptômes sont toujours présents un mois après le traumatisme.
- Le choc psychologique peut être à l'origine de simples perturbations somatiques (tremblements, troubles digestifs...) voire de pathologies constituées : blanchiment ou chute de cheveux, pathologies auto immunes...
- Les préoccupations vis-à-vis de l'événement sont presque toujours accompagnées de symptômes anxieux et dépressifs pouvant provoquer l'interruption par le patient de ses

activités habituelles et de ses contacts sociaux. Le patient éprouve également des difficultés à penser à l'avenir.

Diagnostic différentiel

- Troubles immédiats brefs : symptomatologie dans les suites immédiates de l'évènement, pouvant se manifester sous la forme de : stupeur, attaques paniques, troubles du comportement avec auto/hétéro agressivité, symptômes d'allure psychotique, mouvements automatiques...
- État de stress aigu : symptomatologie survenant dans les suites de l'évènement, et jusqu'à un mois après, pouvant se manifester sous la forme de : stupeur, reviviscence, troubles anxieux, hypervigilance, détresse et symptômes dépressifs...

Télécharger si nécessaire dans le menu déroulant de gauche : **Lexique du site mg-psy.org.pdf**

Copyright © INSERM-888 2008-2009 - Tous droits réservés