

## Trouble de stress post-traumatique et de stress aigu

**Stéphane Guay, Ph.D.**

- Directeur du Centre d'étude sur le trauma
  - Centre de recherche de l'IUSMM
- Directeur scientifique du CR-IUSMM
- Directeur adjoint scientifique de la recherche au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
- Professeur agrégé
  - École de criminologie, UdeM

*Centre d'étude sur  
le trauma*

Université   
de Montréal

# Perspective historique

- **1952** : “*Gross stress reaction*” au DSM I  
Militaires, réactions dites temporaires
- **1968** : Diagnostic retiré au DSM II  
Reste le diagnostic de “réaction situationnelle”
- **1980** : Apparition du diagnostic de TSPT dans le DSM-III  
Expérience hors du commun générant de la détresse
- **1994** : Modifications des critères de TSPT dans le DSM-IV
  - Être témoin peut être traumatique
  - Ajout du critère A2 (émotions)
  - Apparition de l'état de stress aigu (ESA)

# DSM 5 : Rationnel d'une nouvelle classification

- Depuis le DSM III, le TSPT fait partie des troubles anxieux
- Remise en question de la classification du TSPT

## **Le TSPT est-il un trouble anxieux?**

- Symptômes similaires aux troubles anxieux
- Mais présence d'une humeur dépressive

## **Le TSPT est-il un trouble lié au circuit neuronal de la peur?**

- Peur centrale comme les troubles anxieux
- L'activité neuronale et de l'hippocampe est différente
- Autres réactions émotionnelles que la peur (ex.: culpabilité)

## **Le TSPT est-il un trouble internalisé, externalisé ou les deux?**

- Difficulté de régulation de l'affect vs Comportements agressifs
- Comorbidité avec la dépression et les troubles liés à une substance

## **Comment catégoriser le TSPT?**

- Différence entre un trouble associé à un événement vs précipité
- Évolution graduelle vs subite
- Le TSPT : trouble anxieux, internalisé/externalisé ou lié à la peur'
- **Solution : catégorie à part entière basée sur l'étiologie, soit les troubles précipités par un événement**

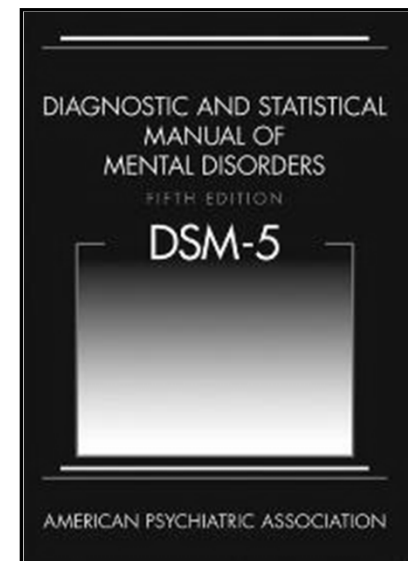


# Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress

Troubles dont l'exposition à un événement stressant ou traumatique fait partie des critères diagnostics

## Regroupement de 6 troubles :

- 1) Trouble de stress post-traumatique
- 2) Trouble de stress aigu
- 3) Trouble d'adaptation
- 4) Autre trouble lié à un traumatisme ou à un stressor spécifiés/ non spécifiés
- 5) Trouble réactionnel de l'attachement
- 6) Trouble de l'engagement social désinhibé



# 1) Trouble de stress post-traumatique



## ➤ Critère A :

### La personne a été exposée :

- mort ou menace de mort;
- blessure grave ou menace;
- délit sexuel ou menace



### Plusieurs manières possibles:

- Vivre l'événement soi-même
- Être témoin direct de l'événement
- Apprendre que l'événement s'est produit à un ami/proche
- Vivre une exposition répétée/extrême aux détails aversifs <sup>1</sup>

### Note :

- Plus de critère A2 (émotions)
- <sup>1</sup> Ne comprend pas les médias, la télévision, les films ou les images (sauf si cela fait partie de la profession).

➤ **Critère B. Symptômes envahissants**

▶ Au moins 1 manifestation (/5)

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement
3. Réactions dissociatives (p. ex., flashbacks) où l'individu se sent/agit comme si l'événement allait se reproduire (continuum de dissociation)
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer l'événement traumatique.



▶ **Critère C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques**

▶ Au moins 1 manifestation (/2):

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse;
2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets ou situations) qui réveillent des souvenirs, pensées ou sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

➤ **Critère D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques commencées ou aggravées après l'événement**

▶ Au moins 2 manifestations (17):

1. Incapacité à se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques;
2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées de soi-même, d'autres personnes, ou le monde;
3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes;
4. État émotionnel négatif persistant(p. ex., crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte);

➤ **Critère D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques commencées ou aggravées après l'événement**

▶ Au moins 2 manifestations (/7):

5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex., bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

➤ **Critère E. Altérations persistantes d'activation neurovégétative (commencées ou aggravées après l'événement)**

▶ Au moins 2 manifestations (/6)

1. Comportement irritable, accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes/objets
2. Comportement irréfléchi ou auto-destructeur (conduite, consommation, automutilation)
3. Hypervigilance
4. Réaction de sursaut exagérée
5. Problèmes de concentration
6. Perturbation du sommeil



➤ **Critères F, G et H** : détresse et altération du fonctionnement (équivalent à E, F, G )

## Sous-type de l'ÉSPT

- Avec symptômes dissociatifs (1/2):
  - 1) Dépersonnalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment de détachement de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps
  - 2) Déréalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement
- À expression retardée: > 6 mois après l'événement

### Prévalence

- La prévalence à vie est de 8,7% et sur 12 mois, 3,5%
- Risque deux fois plus élevé chez les femmes
- Risque conditionnel > chez les survivants de viols et militaires

American Psychiatric Association (2013)

Friedman, Resick, Bryant, Srain, Horowitz, & Spiegel (2011)



## **2) Trouble de stress aigu**



## **Critère A :**

Comme pour l'ÉSPT au DSM 5

## **Critère B :**

Au moins 9 manifestations (/14) parmi les 5 catégories

\*Moins d'importance accordée aux symptômes dissociatifs /DSM-IV

\*Pouvoir de prédiction du développement de l'ÉSPT équivoque



## **Symptômes intrusifs**

1. Souvenirs répétitifs, intrusifs et involontaires perturbants
2. Rêves perturbants récurrents où le contenu ou l'affect est associé à l'événement
3. Réactions dissociatives où l'individu se sent/agit comme si l'événement se reproduisait (continuum de dissociation)
4. Détresse intense/prolongée ou réactivité à des stimuli internes ou externes (2 critères combinés)

## **Humeur négative**

5. Incapacité persistante à ressentir des émotions positives (p. ex., joie)

**Symptômes dissociatifs** : \*sensation de torpeur retirée

6. Sens altéré de la réalité

7. Incapacité à se rappeler d'aspects de l'événement

**Symptômes d'évitement**: \*comme le DSM-IV, idem à l'ÉSPT

8. Souvenirs, pensées ou sentiments qui éveillent des souvenirs de l'événement

9. Souvenirs externes qui éveillent des souvenirs, pensées ou sentiments de l'événement

**Symptômes d'hyperactivation** : \*différent de l'ÉSPT : pas de comportements imprudents ou auto-destructeurs

10. Problèmes de sommeil

11. Irritabilité et crises de colère

12. Hypervigilance

13. Problèmes de concentration

14. Réaction de sursaut exagérée

**Critère C** : Durée changée (de 3 jours à un mois après l'événement)

**Critères D et E** : Détresse et Altération du fonctionnement (aucun changement)



## **Caractéristiques des individus avec un ÉSA**

- Tendance à avoir des pensées négatives et de culpabilité
- Tendance à interpréter leurs symptômes de manière catastrophique
- Tendance à être chaotique voir impulsif
- Réactions de deuil possibles à la suite d'une mort traumatique
- Les symptômes de commotion : ÉSA ou un traumatisme crânien

### **Prévalence**

- 20% pour les événements accidentels
- 20-50% pour les événements interpersonnels
- 60-70% des individus avec un ESA développeront un ÉSPT



# Conclusion

## **Nouvelle catégorie :**

- Regroupe les troubles ayant une étiologie commune
- Distingue si l'événement précipite vs prédispose les Sx
- Souligne l'hétérogénéité des manifestations cliniques

## **Directions futures :**

- Évaluer la prévalence selon les critères
- Examiner l'effet du genre, de l'âge et de la culture
- Étudier les facteurs de protection

## **Implications cliniques :**

- Évaluer les événements marquants passés
- Être conscient des différentes manifestations cliniques
- Dépistage à la suite d'un événement marquant

# Les meilleures pratiques dans le traitement de l'ESPT



*Centre d'étude sur  
le trauma*

# NICE Guideline (2005, 2014)

- National Institute for Clinical Practice (NICE), Royaume Uni ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk))
- Rapport publié par The Royal College of Psychiatrists and The British Psychological Society
- Recommandations pour la pratique clinique basées sur les données probantes
- Comité composé de 17 membres: chercheurs, cliniciens, patients, économistes, assistants de recherche

# Recommandations - Adultes

## Interventions psychologiques pour le TSPT

- Une psychothérapie axée sur le trauma (TCC-T ou désensibilisation par mouvements oculaires et reprogrammation ) devrait être offerte aux individus avec un ESPT sur une base individuelle, peu importe l'intervalle de temps écoulé depuis le trauma.
- La durée de la TCC-T devrait être de 8 à 12 séances (si un seul trauma). Le traitement devrait être donné sur une base régulière (1 fois/sem.) par le même thérapeute, les séances allant jusqu'à 90 min. quand le trauma est abordé directement (ex. récit de l'événement traumatique).

# Recommandations - Adultes

## Interventions psychologiques pour le TSPT

- Le traitement peut être prolongé au-delà de 12 séances si plusieurs problèmes doivent être abordés, notamment en cas:
  - de traumatismes multiples,
  - d'un deuil traumatique,
  - d'incapacités découlant du trauma,
  - de troubles comorbides,
  - de stressseurs psychosociaux importants.
- La psychothérapie devrait être intégrée dans un plan de traitement global.
- Le psychothérapeute doit être formé adéquatement et reconnu compétent dans le domaine du trauma.

# Recommandations - Adultes

## Interventions psychologiques pour le TSPT (suite)

- Certains individus avec un TSPT peuvent trouver difficile et envahissant de dévoiler les détails de leur trauma. Dans un tel cas, le thérapeute devrait utiliser qq séances pour (1) développer l'alliance thérapeutique et (2) stabiliser l'état émotionnel de la victime avant d'entreprendre le traitement du traumatisme.
- Le client qui demande à recevoir une autres forme d'intervention psychologique (ex. thérapie non-directive, hypnothérapie, thérapie systémique, psychodynamique), devrait être informé que ces interventions ne présentent pas encore de preuves d'efficacité importantes.

# Recommandations - Adultes

## Interventions psychologiques pour le TSPT (suite)

- Des interventions psychologiques non axées sur le trauma telles qu'une thérapie non-directive ou un entraînement à la relaxation ne devraient pas être offertes aux individus avec un ESPT chronique.
- Lorsqu'un individu avec un ESPT présente peu ou pas de progrès durant une psychothérapie axée sur le trauma, le thérapeute devrait considérer l'une des options suivantes:
  - (1) Utiliser une autre forme de psychothérapie axée sur le trauma
  - (2) Combiner un traitement pharmacologique



# Recommandations - Adultes

## Interventions pharmacologiques pour le TSPT

- La pharmacothérapie ne devrait pas être utilisée comme traitement de première ligne ou privilégiée par rapport à une psychothérapie axée sur le trauma.
- La pharmacothérapie (seule) devrait être considérée quand la personne avec un TSPT:
  - préfère ne pas s'engager dans une psychothérapie axée sur le trauma.
  - une menace est encore présente.
  - présente peu ou pas de progrès durant une psychothérapie axée sur le trauma.

# Recommandations - Adultes

## Interventions pharmacologiques pour le TSPT

- La pharmacothérapie (traitement secondaire) devrait être considérée quand la personne avec un TSPT présente:
  - une dépression comorbide,
  - un niveau d'hyperactivation neurovégétative sévère qui l'empêche de bénéficier d'un traitement psychologique.
- Quand les difficultés de sommeil constituent un problème majeur la pharmacothérapie devrait être considérée :
  - Court-terme: hypnotique
  - Long terme: antidépresseur (↓ le risque de dépendance)

# Messages clé – DSM5

- 1- Les changements apportés aux critères reflètent la diversité des portraits cliniques des individus exposés à un trauma ou un stresser
- 2- Le traitement de choix pour le TSA et le TSPT demeure une psychothérapie axée sur le trauma
- 3- L'évaluation et les composantes du traitement doivent adresser les troubles connexes

**Merci de votre attention!**

**Des questions?**

