



Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle
et de l'assurance contre les accidents du travail

Workplace Safety and Insurance
Appeals Tribunal

Trouble de stress post-traumatique

Document de travail à l'intention du

Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle
et de l'assurance contre les accidents du travail (TASPAAT)

Février 2010

Révisé en septembre 2015 et 2022 par :

D^{re} Diane Whitney, FRCPC, BCETS

Vice-doyenne des affaires aux résidents et professeure agrégée de
psychiatrie, École de médecine du Nord de l'Ontario
Professeure adjointe, Université de Toronto
Professeure auxiliaire, Université Western

La D^{re} Diane Whitney est psychiatre en milieu communautaire à Thunder Bay en Ontario. Ses champs d'intérêt sont les troubles de stress post-traumatique, les troubles de l'humeur et la santé mentale de la femme. Elle fournit de l'aide psychiatrique aux premiers intervenants, notamment aux policiers, aux ambulanciers paramédicaux, aux professionnels de la santé, aux militaires et aux anciens militaires. Au nombre de ses activités cliniques, mentionnons les évaluations psychologiques, particulièrement de l'humeur et des effets de traumatismes, en plus du suivi de sujets en thérapie psychiatrique individuelle et de groupe en matière de capacité d'attention.

La D^{re} Whitney a servi dans l'armée de 1985 à 1992. Elle a été affectée à la base des Forces canadiennes Baden en Allemagne de l'Ouest, où elle a assuré la prestation de soins médicaux aux membres du personnel militaire et à leur famille. Elle a servi de médecin de l'air d'octobre 1990 à février 1991, au cours de la première guerre du Golfe.

La D^{re} Whitney est professeure agrégée à l'École de médecine du Nord de l'Ontario et professeure adjointe à l'Université de Toronto ainsi que professeure auxiliaire à l'Université Western. Elle est vice-doyenne des affaires aux résidents et ancienne directrice du programme de psychiatrie de l'École de médecine du Nord de l'Ontario. Elle participe à la formation des étudiants en médecine ainsi que des médecins résidents en psychiatrie et en médecine familiale à Thunder Bay.

Ce document de travail médical sera utile à toute personne en quête de renseignements généraux sur le sujet médical traité. Il vise à donner un aperçu général d'un sujet médical fréquent dans les appels.

Chaque document de travail médical est rédigé par un expert reconnu dans son domaine qui a été choisi sur la recommandation des conseillers médicaux du Tribunal. Chaque auteur a pour directive de brosser un tableau équilibré de l'état des connaissances médicales sur le sujet traité. Les documents de travail médicaux ne font pas l'objet d'un examen par les pairs et ils sont rédigés pour être compris par les personnes n'appartenant pas à la profession médicale.

Les documents de travail médicaux ne représentent pas nécessairement les vues du TASPAAAT. Les vice-présidents ou comités peuvent s'appuyer sur les renseignements contenus dans les documents de travail médicaux, mais le TASPAAAT n'est pas lié par les opinions qui y sont exprimées.

Toutes les décisions du TASPAAAT doivent être fondées sur les faits entourant le cas particulier visé. Les décideurs du TASPAAAT reconnaissent que les parties sont toujours libres de s'appuyer sur les documents de travail médicaux, d'établir des distinctions par rapport aux renseignements qui y sont contenus et de les contester au moyen d'autres éléments de preuve. Voir *Kamara c. Ontario (Workplace Safety and Insurance Appeals Tribunal)* [2009] O.J. No. 2080 (Ont Div Court). Pour en savoir plus sur ces documents, consulter le *Guide du TASPAAAT : Documentation et expertise médicales*.

Contexte

Les traumatismes ont longtemps été associés aux symptômes et à la déficience psychologiques. Le diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT) a été étendu aux traumatismes non liés à la guerre, notamment à ceux liés aux accidents du travail, aux catastrophes naturelles, aux accidents de véhicules automobiles et, récemment, à la pandémie de COVID-19. Le diagnostic de TSPT est souvent associé à la dépression, à la toxicomanie, aux difficultés dans les relations interpersonnelles et aux comportements autodestructeurs.

Définition du TSPT selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition (DSM-5)*

La nouvelle édition du DSM apporte des changements importants au diagnostic de TSPT. Le TSPT est passé de la catégorie des troubles anxieux à une nouvelle catégorie, celle des « troubles liés aux traumatismes et au stress ». Cette catégorie comprend aussi le diagnostic du trouble de stress aigu. La création d'une nouvelle catégorie résulte de la constatation clinique de manifestations de détresse propres aux événements traumatisants.

Les critères diagnostiques énoncés dans le DSM-5 sont exposés ci-dessous.

Traumatisme — Critère A : Facteur de stress

Exposition à la mort réelle ou potentielle, à des lésions graves ou à la violence sexuelle, (**une occurrence exigée**) en présence d'un ou de plusieurs des facteurs suivants :

1. vivre l'événement ;
2. être témoin de l'événement ;
3. apprendre le vécu de l'événement par un proche ou un ami, et s'il y a eu la mort ou le danger de mort, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ;
4. être exposé de façon répétée ou extrême aux détails sordides d'événements, en général au cours d'activités professionnelles (p. ex. : interventions de première ligne, rassemblement de restes humains, exposition à des détails de violence envers les enfants). Cela ne comprend pas l'exposition non liée au travail par le truchement de médias électroniques, de la télévision, de films ou de photographies.

À noter : Un événement peut être traumatisant (p. ex., de la détresse ou un choc pour l'individu), mais pour remplir les critères susmentionnés, IL FAUT établir la présence de ce qui suit (p. ex., exposition à la mort réelle ou potentielle ou à des lésions graves).

Le TSPT se divise en quatre groupes de symptômes dans le DSM-5, comme indiqué ci-dessous.

Critère B : Symptômes d'intrusion

Reviviscence persistante de l'événement traumatisant (**une occurrence exigée**) :

1. souvenirs récurrents, involontaires et intrusifs ;
2. cauchemars traumatisants ;
3. réactions dissociatives (p. ex., souvenirs) pouvant s'inscrire sur un continuum, allant de courts épisodes de perte de conscience à des pertes de conscience entières ;
4. détresse intense ou prolongée à la suite d'une exposition à des souvenirs traumatisants ;
5. réaction physiologique prononcée à la suite d'une exposition à des stimuli liés au traumatisme.

Critère C : Évitement

Évitement volontaire persistant de stimuli pénibles liés au traumatisme à la suite de l'événement (**une occurrence exigée**) :

1. pensées ou sentiments liés au traumatisme ;
2. souvenirs extérieurs liés au traumatisme (p. ex., personnes, lieux, conversations, activités, objets ou situations).

Critère D : Modifications négatives des cognitions et de l'humeur

Altérations négatives des cognitions et de l'humeur débutant ou s'aggravant à la suite de l'événement traumatisant (deux occurrences exigées) :

1. incapacité de se souvenir d'éléments essentiels de l'événement (généralement amnésie dissociative non liée à une lésion à la tête ou à la consommation d'alcool ou de drogues) ;
2. pensées et attentes négatives persistantes (et souvent déformées) à propos de soi ou du monde (p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « Le monde entier est dangereux ») ;
3. condamnation d'autrui ou sentiment de culpabilité déformé persistant pour avoir provoqué l'événement traumatisant ou ses conséquences ;
4. sentiments négatifs persistants liés au traumatisme (p. ex., peur, horreur, colère, culpabilité ou honte) ;

5. sentiment de détachement ou d'éloignement des autres (p. ex. détachement ou séparation);
6. sentiment d'étranglement, incapacité persistante à ressentir des sentiments positifs;
7. incapacité continue de vivre des émotions positives.

Critère E : Modifications de l'éveil et de la réactivité

Modifications du degré de vigilance et de la réactivité ayant débuté ou s'étant intensifiées à la suite de l'événement traumatisant (**deux occurrences exigées**) :

1. comportement irritable ou agressif;
2. comportement autodestructeur ou imprudent;
3. hypervigilance;
4. réaction exagérée en sursaut;
5. problèmes de concentration;
6. trouble du sommeil.

Critère F : Durée

Persistance des symptômes pendant plus d'un mois.

Critère G : Importance fonctionnelle

Importante perturbation ou déficience fonctionnelle liée aux symptômes (p. ex., sociale, professionnelle).

Critère H : Exclusion

La perturbation n'est pas causée par des médicaments, l'alcoolisme, la prise de substances intoxicantes ou d'autres troubles de santé.

Le DSM-5 propose plusieurs spécificateurs liés à des symptômes dissociatifs ainsi qu'au moment de l'apparition des symptômes traumatiques. Le sujet présente des degrés de dissociation élevés liés à l'un ou à l'autre des éléments suivants en réaction aux stimuli liés au traumatisme.

1. **Dépersonnalisation** : sentiment d'observer ce qui lui arrive ou d'être détaché de soi (p. ex., avoir l'impression que « cela ne m'arrive pas » ou de rêver le vécu).

2. **Déréalisation** : impression d'irréalité, de distance ou de distorsions (p. ex., « les choses ne sont pas réelles »).

Préciser si : Avec expression retardée. Le sujet ne remplit pas tout à fait les critères diagnostiques du TSPT jusqu'à au moins six mois après le traumatisme bien que des symptômes aient pu se manifester immédiatement.

Trouble de stress aigu dans le DSM-5

Avant le DSM-IV, il n'existait aucun terme clinique pour les symptômes traumatiques se manifestant juste après le traumatisme. En contexte militaire, le terme « réaction de stress de combat » servait à désigner les traumatismes aigus liés à la guerre. Après l'apparition d'un trouble de stress aigu, les symptômes disparaissent dans les quatre semaines suivant l'événement traumatisant. Si les symptômes persistent plus de quatre semaines, un diagnostic de TSPT est posé. Le trouble de stress aigu n'a pas été bien étudié jusqu'à maintenant, mais des recherches supplémentaires pourraient permettre de comprendre qui finit par présenter un TSPT. Il faut encore cerner les interventions adaptées au trouble de stress aigu pouvant réduire le risque de TSPT. À l'heure actuelle, une intervention possible est la séance de verbalisation du stress dû à un incident critique à la suite d'un traumatisme important sur les lieux du travail est plus ou moins bénéfique. Pour certains, la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme est l'intervention appropriée pendant la période suivant immédiatement le traumatisme. Or, il peut être difficile d'obtenir un accès rapide à ce type de thérapie.

Le TSPT complexe dans la Classification internationale des maladies (CIM) 11^e édition

Les séquelles d'abus physiques et sexuels répétés de l'enfance sont couvertes par le terme de syndrome de stress post-traumatique complexe qui est maintenant inclus dans la *Classification internationale des maladies*, 11^e édition (CIM-11), mais pas dans le DSM-5. Le TSPT complexe fait référence à des traumatismes répétés de l'enfance avec trois groupes centraux de symptômes dans la CIM-11 (Maercker, 2021) :

- difficultés de régulation émotionnelle (par exemple, de la difficulté à se calmer) ;
- des problèmes relationnels (par exemple, évitement des relations avec les autres) ;
- concepts de soi négatifs (par exemple, croyance de l'individu qu'il est un raté).

Des symptômes supplémentaires ont été notés par d'autres auteurs :

- changements du système de valeurs (par exemple, le monde est un endroit dangereux) ;
- perception perturbée du délinquant (par exemple, idéalisation) ;
- altérations de la conscience (par exemple, dissociation).

Le TSPT dans la CIM-11

Dans la CIM-11, le TSPT est défini comme se développant après un traumatisme unique dans la vie adulte. Les symptômes centraux du TSPT classique dans la classification de la CIM-11 sont ramenés à : revivre l'expérience dans le temps présent, l'évitement des rappels traumatisants et un sentiment de menace. Ces Symptômes peuvent également être retrouvés dans le TSPT complexe. Il faut insister sur le fait que le but de l'Organisation mondiale de la santé dans l'élaboration de la nouvelle classification de la CIM-11 était d'augmenter l'utilité clinique de tous les diagnostics en ayant le plus petit nombre possible de symptômes centraux.

Comorbidité ou affections concomitantes

Un grand nombre de symptômes inclus comme critères du TSPT dans le DSM-5 est également retrouvé dans d'autres troubles : troubles du sommeil, difficultés de concentration et irritabilité sont caractéristiques du trouble anxieux généralisé (TAG); la dépression est caractérisée par certains de ces mêmes symptômes, mais la dépression inclut aussi des croyances négatives, une autoaccusation, une perte d'intérêt, un détachement et une indifférence affective. Il n'est donc pas étonnant que les taux de TSPT s'accompagnant de comorbidité soient très élevés, en particulier pour la dépression (Brewin, 2020). Pour quelques auteurs, de nombreux symptômes de TSPT sont des réactions générales à l'adversité plutôt que des réactions spécifiques à un traumatisme. D'autres auteurs se demandent si les comorbidités seraient moins fréquentes avec un ensemble de symptômes plus restreint, n'incluant que ceux qui sont plus spécifiques au TSPT, comme les reviviscences, les cauchemars, les sursauts et l'hypervigilance.

Épidémiologie — Fréquence du TSPT

Plusieurs études épidémiologiques longitudinales indiquent que 8 % de l'ensemble de la population des États-Unis souffrira un jour d'un TSPT (Kessler, 1995). Cinq pour cent des hommes et 10 % des femmes souffriront d'un TSPT au cours de leur vie.

Environ 40 à 60 % des sujets atteints d'un TSPT finissent par présenter des symptômes chroniques, c'est-à-dire persistant plus de six mois. De plus, la comorbidité, c'est-à-dire la présence simultanée d'autres troubles, est très fréquente. Jusqu'à 80 % des sujets atteints d'un TSPT présentent d'autres troubles tels qu'un trouble de dépression majeure, d'anxiété ou de toxicomanie.

Apparition du TSPT

Pour déterminer s'il y a un TSPT, il faut examiner attentivement les caractéristiques du traumatisme et celles du sujet.

Le traumatisme : La prévalence de l'exposition à des événements traumatisants est élevée au sein de l'ensemble de la population. Au Canada, 74 % des femmes et 81 % des hommes auraient vécu un événement pouvant entraîner un TSPT. Cependant, le

risque de TSPT par suite d'une exposition à un traumatisme (risque conditionnel) serait de 10 à 25 %. Les types de traumatismes présentent des caractéristiques uniques chez les deux sexes : alors que les femmes sont souvent exposées à des traumatismes interpersonnels, tels que le viol ou l'agression sexuelle pendant l'enfance, les hommes sont souvent exposés à la violence physique et aux accidents, que ce soit directement ou à titre de témoin. Bien que les hommes soient plus susceptibles d'être exposés à des événements traumatisants, le risque de TSPT est plus élevé chez les femmes, même si le type de traumatisme est contrôlé. Le TSPT est aussi plus susceptible de survenir à la suite de violence interpersonnelle, comme l'agression ou le viol, qu'à la suite de catastrophes naturelles.

Le sujet : Le trait le plus important expliquant en grande partie l'écart du risque de TSPT est le névrosisme ou l'affectivité négative. Il s'agit du profil caractériel du sujet facilement porté à réagir aux événements par des symptômes d'anxiété et de dépression (Bowman, 1999). Le locus de contrôle est un autre facteur important, c.-à-d. dans quelle mesure le sujet croit exercer un contrôle ou être responsable de l'événement. S'il y a incongruité entre le locus de contrôle et la réalité, le risque de TSPT est plus élevé (c.-à-d. si le sujet croit qu'il aurait dû avoir le contrôle sans l'avoir). Des antécédents de traumatismes augmentent considérablement le risque de TSPT (Paris, 2000). Il est important de reconnaître que des facteurs tels que les croyances religieuses, l'engagement politique et le sentiment d'efficacité personnelle offrent une protection contre le TSPT.

Il n'y a actuellement pas de consensus sur l'importance relative de la vulnérabilité du sujet et des caractéristiques du traumatisme dans l'apparition du TSPT. Il est préférable de considérer le TSPT comme résultant de l'interaction entre un sujet vulnérable, des facteurs de risque et un traumatisme, y compris son type, ses caractéristiques et sa signification.

Facteurs de risque

Les facteurs de risque doivent être considérés sur un continuum incluant le pré-traumatisme, le péri-traumatisme (aux alentours du moment du traumatisme) et le post-traumatisme.

Pré-traumatisme : Selon certaines études, des facteurs génétiques contribueraient à l'apparition du TSPT, plus particulièrement dans l'étude auprès des vétérans vietnamiens. Cet écart serait en partie attribuable à des facteurs d'ordre génétique communs à la dépendance à la drogue et à l'alcool, alors que 20 % de l'écart découlerait de facteurs d'ordre génétique propres au TSPT.

Les facteurs de risque pré-traumatique les plus constants sont le sexe féminin, les antécédents psychiatriques, la déclaration d'agression sur enfant et les antécédents psychiatriques familiaux. Il est à noter que la valeur prédictive de ces facteurs est plus prononcée chez certaines populations, c'est-à-dire la population des combattants comparativement à la population civile. Les traumatismes non résolus remontant à l'enfance accroissent le risque de TSPT de plus de sept fois et seraient associés aux symptômes d'évitement du TSPT. Il semblerait aussi que les pompiers portés à se livrer

à des réflexions douloureuses au sujet des événements de la vie avant de prendre part à des services d'incendie sont plus susceptibles de contracter un TSPT après le début de leurs activités professionnelles (McFarlane, 2007).

Une capacité cognitive supérieure à la moyenne constituerait un facteur de protection. Les sujets ayant des liens affectifs solides présentent moins de symptômes de TSPT alors que les sujets ayant tendance à l'évitement sont plus susceptibles de présenter des symptômes de TSPT.

La gravité du traumatisme est un bon indicateur lorsque le traumatisme a été vécu au combat. Un traumatisme découlant de malveillance humaine délibérée (comparativement à un traumatisme accidentel ou naturel) serait plus susceptible d'entraîner un TSPT et de réduire le rétablissement d'un tel trouble (Brewin et coll., 2000). La dissociation péri-traumatique (rupture émotionnelle ou « retrait de la réalité ») permet de prédire un TSPT de plus de six mois.

Comme l'exposition à des traumatismes intenses répétés donne lieu à un cumul du risque de TSPT, le personnel des services d'urgence doit non seulement se concentrer sur l'événement amenant le sujet à se faire évaluer, mais aussi tenir compte de l'ensemble des expositions vécues. Le concept central d'une exposition répétée est la sensibilisation, soit un processus faisant intervenir une augmentation progressive de réactivité aux stimuli liés au traumatisme. L'exposition à un traumatisme est suivie d'une période déterminante pendant laquelle des modifications neuronales irréversibles peuvent se produire chez les sujets qui contractent un TSPT (McFarlane, 2007).

Post-traumatisme : Le manque de soutien social est le principal facteur de risque post-traumatique de TSPT. Quoique la gravité des symptômes aigus ait une valeur prédictive, le TSPT peut survenir malgré l'absence de symptôme aigu (Yehuda 1998). Selon des études préliminaires, des symptômes post-traumatiques aigus de rythme cardiaque accéléré et de sursaut sont des signes annonciateurs de TSPT. Certaines personnes peuvent avoir de la réticence à partager leurs symptômes ou expériences traumatiques par peur d'être étiquetées de « folles » ou de voir sa carrière affectée.

Résilience : La résilience est la capacité de conserver un état d'équilibre normal dans des circonstances extrêmement défavorables. Les caractéristiques internes favorisant la résilience sont : l'estime de soi, la confiance, l'ingéniosité, le sentiment d'efficacité, le locus de contrôle interne, des liens affectifs solides, le sens de l'humour, le sentiment de maîtrise, l'optimisme et des capacités interpersonnelles, telles que les compétences sociales, les compétences de résolution de problème et le contrôle des impulsions. Au nombre des facteurs externes, mentionnons : la sécurité, l'appartenance religieuse, les modèles de comportement solides et le soutien émotionnel — le degré de compréhension, de compassion, d'appartenance et d'estime de soi se dégageant des relations du sujet avec autrui (Ahmed, 2007).

Neurobiologie et anomalies du cerveau chez les personnes souffrant du TSPT :

Les anomalies morphologiques et fonctionnelles du cerveau liées au TSPT concernent l'amygdale, l'hippocampe et le cortex préfrontal. L'amygdale joue un rôle dans le processus

de mémorisation des événements affectifs. Le TSPT est associé à l'hyperréactivité de l'amygdale et du cortex préfrontal. Selon certaines études, un petit hippocampe est associé au TSPT.

En situation de stress, le système nerveux sympathique est activé et libère de l'adrénaline et de la noradrénaline. Comme il a été observé chez certaines personnes souffrant du TSPT, l'activation incontrôlée du système nerveux sympathique entraîne de l'hypervigilance, de l'anxiété et des souvenirs intrusifs. Le cortisol et la corticotrophine sont des médiateurs du stress. Le TSPT est associé à de fortes concentrations de corticotrophine dans le liquide céphalorachidien et à de faibles concentrations de cortisol en circulation.

Controverse entourant le diagnostic de TSPT — Surdiagnostic possible

La prévalence du diagnostic de TSPT est actuellement remise en question dans certains milieux cliniques, particulièrement dans des environnements faisant intervenir du personnel militaire, des situations juridiques et des questions d'indemnisation. Un élément important est l'évaluation de l'incapacité qualifiée de « déficience clinique importante » associée au TSPT. Dans une étude faite auprès de membres du personnel militaire des États-Unis, le taux de sujets atteints d'un TSPT est passé de 11 à 5,4 % quand une déficience importante était prise en considération dans le diagnostic (Dobbs, 2009). Selon Dobbs, le TSPT est devenu un diagnostic tellement faible, dépassé et culturel que nous confondons certainement d'autres problèmes avec celui-ci, pour ainsi administrer le mauvais traitement. Le TSPT est considéré par certaines autorités comme un type de diagnostic trop généralisé ou invalide, souvent établi ou falsifié par des vétérans ou d'autres en quête d'une indemnité.

Récemment, en 2021, un débat s'est tenu dans le *British Medical Journal* (Maudsley) autour de la question d'un surdiagnostic de TSPT. Quelques auteurs ont déterminé que les taux croissants de diagnostics de TSPT étaient attribuables à un élargissement des définitions de la maladie. De plus, il y a eu un montage du « glissement du concept », c'est-à-dire, l'élargissement d'un diagnostic pour inclure une plus grande plage de phénomènes. Plus spécifiquement, l'exposition à un traumatisme n'est pas synonyme de TSPT. Les sceptiques montrent du doigt le rôle de la « culture d'indemnisation » et les intérêts de « l'industrie du traumatisme ».

Pour d'autres auteurs, le TSPT est fréquemment sous-diagnostiqué. Cette idée s'appuie en partie sur le fait que seulement une partie des personnes atteintes de TSPT est en mesure d'être évaluée pour le TSPT en raison d'un manque d'accès aux soins de santé mentale. Les études ont démontré que moins de la moitié des adultes satisfaisant les critères de TSPT avaient recouru à un professionnel de santé. La pandémie de COVID-19 peut avoir exacerbé le sous-diagnostic de TSPT. Actuellement, la question du surdiagnostic ou du sous-diagnostic reste un domaine controversé de la recherche sur le TSPT.

Le diagnostic de TSPT peut également faire l'objet de différences culturelles comme l'a déterminé l'Ochberg Society for Trauma Journalism. À la suite des guerres en Irak et

en Afghanistan, seulement 4 % des anciens combattants britanniques présentaient un TSPT, tandis que 30 % des anciens combattants états-uniens en présentaient un (Grinker, 2015). Le fait que les soldats britanniques avaient passé moins de temps de déploiement (p. ex., six mois en déploiement comparativement à douze pour les soldats états-uniens) peut expliquer cette différence. La culture peut jouer un rôle ; par exemple, les soldats britanniques sont censés « maîtriser leurs émotions » et continuer à mener leur vie, tandis que les soldats états-uniens ont pour la plupart regagné leurs foyers dans une société qui s'attend à ce qu'ils soient blessés sur le plan psychologique. Cependant, les anciens combattants britanniques ont plus de risque de souffrir de dépression et de boire de l'alcool que leurs homologues états-uniens.

Une autre question importante est celle de l'indemnisation, c'est-à-dire l'invalidité dans le diagnostic du TSPT. Pour les anciens combattants et la plupart des gens, le versement de prestations d'invalidité cesse quand le sujet recommence à fonctionner normalement de sorte qu'il est peu incité à reprendre ses activités et à retourner au travail. Un autre point de vue consiste en un changement dans le diagnostic psychiatrique des anciens combattants et celui des intervenants de première ligne (c.-à-d., le personnel des SMU, les policiers) de manière à considérer la détresse ou les symptômes consécutifs au combat ou à l'urgence non pas comme un trouble, mais comme faisant partie du processus normal, bien que douloureux, de guérison. Rachel Yehuda, psychologue en traumatologie, a découvert l'importance de la « recontextualisation », processus qui consiste à envisager le traumatisme comme faisant partie de la vie.

Lieux de travail posant des risques : Tous les lieux de travail posent des risques de désastres ou d'accidents imprévus. Ce sont les membres du personnel de services d'urgence et de soins intensifs, les militaires ainsi que les agents de banque et les chefs de train qui retiennent le plus l'attention dans les publications scientifiques (McFarlane, 1997). Il faut aussi considérer les actes de violence faisant partie du travail des intervenants en services d'aide sociale à l'enfance. Il ne faudrait toutefois pas négliger les secteurs industriels les plus accidentogènes, tels que l'exploitation minière, l'agriculture et la pêche, puisque le taux d'accident y est élevé.

Plusieurs catégories de travailleurs méritent une attention particulière en Ontario. Le personnel de services médicaux d'urgence (SMU), les ambulanciers paramédicaux, les agents de police (de services régionaux ou municipaux et la police provinciale de l'Ontario), les pompiers et les fournisseurs de soins de santé forment une population à risque de TSPT et de suicide. Le taux de TSPT au sein du personnel de SMU serait de 20 %, soit deux fois celui de l'ensemble de la population. Le Tema Center Memorial Trust (tema.ca/about.html) est un centre canadien d'éducation, de recherche, de bourses et de formation en matière de lésions de stress opérationnel et de trouble de stress post-traumatique. Cet organisme tient un registre du nombre de suicides dans la catégorie des militaires et premiers intervenants. L'Association canadienne pour la santé mentale estime que la prévalence du TSPT chez les travailleurs des services d'urgence est deux fois la moyenne nationale, soit environ 16 %. C'était parmi les ambulanciers paramédicaux que le risque de TSPT était le plus élevé (Hong, 2013). Selon l'organisme Tema, de 16

à 24 % des ambulanciers paramédicaux canadiens recevront un diagnostic du TSPT au cours de leur carrière.

Dans une étude (King, 2021), 80,1 % des travailleurs dans le domaine de la protection des enfants ont signalé des violences non physiques, suivies de menaces (47,2 %) et d'agressions (5,8 %). Le groupe soumis à des menaces était significativement associé à des problèmes de santé mentale, la dépression étant le plus fréquemment signalée. Le stress traumatique secondaire, que l'on appelle également traumatisme vicariant ou fatigue compassionnelle, fait référence aux expériences des professionnels qui sont exposés aux histoires traumatiques de tiers et qui, en conséquence, développent leurs propres symptômes et réactions traumatiques. Les travailleurs du domaine de la protection des enfants ainsi que d'autres professionnels peuvent être exposés directement ou indirectement à des situations dangereuses. Les enquêtes menées par les travailleurs du domaine de la protection des enfants révèlent que plus de 50 % d'entre eux manifestent un risque élevé de fatigue compassionnelle et qu'ils se sentent prisonniers de leur travail, et impuissants face aux clients, se sentant en danger quand ils travaillent avec eux. L'institut sur le traumatisme des enfants (ACS-NYU Children's Trauma Institute) de la ville de New York a fait des recommandations pour répondre au traumatisme secondaire, incluant ce qui suit : se préparer aux crises à venir ; cibler à la fois l'individu et l'organisme ; se focaliser sur des habiletés concrètes ; penser au-delà des soins personnels et reconnaître les réussites.

Les services de traitement psychologique pour le TSPT lié au travail sont fondés sur le système de traitement de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) de l'Ontario ou du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RAMO). Habituellement, les programmes d'aide aux employés (PAE) ne proposent pas de traitement lié au traumatisme, faute de compétences en la matière. Le plus grand défi est l'accès rapide aux ressources de santé mentale disposant des compétences requises pour évaluer et traiter le TSPT lié au travail. Il faut souvent attendre longtemps avant d'avoir accès aux ressources thérapeutiques voulues. L'attente peut aller jusqu'à un an dans les régions éloignées de la province où les ressources thérapeutiques voulues pour un traumatisme particulier peuvent être inexistantes.

Signes de dysfonctionnement psychologique consécutif à un traumatisme sur les lieux de travail

Les superviseurs doivent pouvoir déceler les signes indiquant la possibilité d'un TSPT chez un travailleur (McFarlane, 2007). Ces signes peuvent comprendre :

- une consommation accrue d'alcool ;
- des conflits interpersonnels ou familiaux ;
- le retrait social ;
- la détresse somatique ;
- une baisse de rendement.

Outils d'évaluation clinique

Il existe une multitude de guides d'entretien structurés et de questionnaires autoadministrés pour le TSPT. Ces outils sont surtout utilisés dans le cadre de programmes cliniques et par des cliniciens spécialisés en traumatologie. Puisque les victimes de TSPT lié au travail passent initialement par les soins primaires, il serait bon de prévoir des mesures de dépistage dans ce contexte. À titre d'exemple, mentionnons le questionnaire de dépistage du TSPT à l'usage des fournisseurs de soins primaires (PC-PTSD), lequel comporte quatre questions et indique la nécessité d'un entretien clinique structuré quand le sujet donne trois réponses positives (Prins, 2004). Les outils de dépistage du TSPT ne sont pas encore utilisés dans le cadre des soins primaires.

Plusieurs cliniciens se fondent sur l'entretien clinique pour poser un diagnostic de TSPT. D'usage courant dans les cliniques de traumatologie, le CAPS (questionnaire de dépistage du TSPT administré par le clinicien) informe le clinicien sur le diagnostic et l'intensité des symptômes. L'échelle de cotation en 5 points du DSM-5 est un questionnaire autoadministré de 20 questions qui mesure les vingt symptômes du DSM-5 pour le TSPT. Cette échelle pose un diagnostic provisoire et surveille le développement des symptômes. Des outils d'évaluation normalisés peuvent aider à poser un diagnostic et à assurer un suivi de l'efficacité du traitement au fil du temps. Le défi est d'intégrer de tels outils dans la pratique clinique quotidienne.

Évolution naturelle du TSPT

La plupart des sujets atteints d'un TSPT se rétablissent au fil du temps. Par exemple, une étude longitudinale menée par Shalev et Yehuda en 1999 a révélé que 58 % de victimes de traumatismes s'étaient rétablies en dedans de neuf mois. Un nombre considérable ne se rétablirait cependant pas avant plusieurs années, et ce, dans une proportion de 15 à 25 %, selon les estimations. En moyenne, le TSPT évoluerait sur une période de 20 ans, et le sujet aurait en moyenne 3,3 épisodes de TSPT pouvant persister pendant jusqu'à sept ans chacune (Greenberg, 1999).

Diagnostic

L'erreur de diagnostic la plus fréquente associée au TSPT est de ne pas se renseigner au sujet des antécédents de traumatisme (Davidson, 1999). Il est souvent difficile de distinguer le TSPT d'autres troubles puisqu'il présente de nombreux symptômes communs à d'autres troubles psychiques. La fréquence élevée de comorbidité (présence simultanée d'autres troubles) complique aussi le diagnostic, car le sujet peut avoir des symptômes de dépression ou d'anxiété.

Les travailleurs victimes de traumatisme consultent plus souvent leur médecin de famille que des services de santé mentale. Le dépistage de TSPT est indiqué en présence : de perturbations du sommeil, de conversion (multiples symptômes physiques), de comorbidité avec anxiété ou troubles dépressifs, de consommation d'alcool ou de substances chimiques, de pensées suicidaires et de recours fréquent aux services médicaux.

Il peut y avoir un intervalle entre le traumatisme et la manifestation de symptômes de TSPT. Quand ils se manifestent six mois après le traumatisme, on parle de TSPT avec expression retardée. Les symptômes du TSPT peuvent parfois se manifester nombre d'années plus tard, souvent à l'occasion d'un autre traumatisme ou d'un rappel du traumatisme initial. Par exemple, un policier peut être témoin d'un grave accident qui lui rappelle des accidents de véhicules automobiles antérieurs ou une femme victime d'agression dans l'enfance peut manifester des symptômes quand elle se retrouve face à son agresseur à l'âge adulte.

Le TSPT peut donner lieu un mauvais diagnostic. Des souvenirs peuvent être interprétés à tort comme des hallucinations, et l'hypervigilance peut être perçue comme de la paranoïa. L'engourdissement peut être interprété à tort comme de la dépression, et l'hyperexcitation comme de l'anxiété ou un trouble de l'humeur. L'évitement peut être attribué à la personnalité.

Diagnostic différentiel

Les défis à surmonter dans le diagnostic sont d'obtenir les détails relatifs au traumatisme et de distinguer le TSPT de troubles concomitants. L'étude de Kessler sur la comorbidité (1995) révèle que 79 % des femmes et 88 % des hommes ayant reçu un diagnostic de TSPT chronique répondraient aux critères propres à au moins un autre trouble psychique chronique. Les problèmes de santé mentale concomitants les plus fréquents sont la dépression majeure, d'autres troubles d'anxiété et l'abus d'alcool ou la dépendance à l'alcool, tandis que le problème de santé physique le plus fréquent est la douleur chronique. La présence de lésion peut retarder le diagnostic et le traitement du TSPT. Les symptômes du TSPT peuvent être interprétés à tort comme des symptômes physiques, tels que la douleur chronique.

Le diagnostic différentiel doit tenir compte de la possibilité de simulation dans les situations faisant intervenir l'indemnisation, en particulier dans le cas des accidents du travail, des accidents de véhicules automobiles ou des suites d'activités militaires. La possibilité d'une simulation devrait être envisagée si le sujet est particulièrement désireux de parler du traumatisme, puisque la plupart des sujets atteints d'un TSPT évitent d'en parler.

Traitement

Le traitement du TSPT fait intervenir des interventions psychosociale et pharmacologique. La norme actuelle de traitement est un modèle séquentiel, comme celui proposé qui se concentre sur le titrage et la synchronisation thérapeutique ainsi que sur une approche par phase, à savoir initiale, intermédiaire et finale. Les survivants de traumatisme doivent acquérir des compétences de base en matière de soins personnels et de contrôle des symptômes de manière à assurer la maîtrise des symptômes liés au traumatisme et de la dépression avant d'analyser le traumatisme en profondeur (phase intermédiaire de traitement). La relation thérapeutique doit être bien établie pour que le sujet parle du traumatisme d'une manière sécuritaire qui n'est ni traumatisante ni déstabilisante. Il faut tenir compte des troubles concomitants et de la gravité du TSPT dans la planification du

traitement. Les troubles concomitants tels que la toxicomanie et la dépression peuvent également nécessiter un traitement particulier.

Traitements psychologiques

La psychopédagogie relative au TSPT est une intervention précoce qui doit être proposée aux victimes de traumatismes et à leur famille. Les survivants de traumatisme doivent être informés au sujet des symptômes fréquents de TSPT, notamment les symptômes cognitifs, comportementaux et affectifs ainsi que des changements pouvant toucher les croyances profondes, par exemple que le monde est dangereux. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) se révèle le mode de traitement du TSPT le plus efficace. Il permet de remettre en cause et de modifier les croyances irrationnelles relatives à la culpabilité et à la sécurité. La thérapie par exposition s'avère d'une efficacité particulière avec une amélioration observée chez 60 à 70 % des patients (Foa, 2000). La victime établit une hiérarchie des situations redoutées et elle est exposée petit à petit à la situation qu'elle redoute tout en ayant recours à des techniques de relaxation pour maîtriser son anxiété. L'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR) est un traitement conçu par la D^{re} Francine Shapiro pour traiter le TSPT promettant une amélioration relativement rapide des symptômes. La technique consiste en une stimulation bilatérale du cerveau au moyen de mouvements oculaires ou de sons provoquant un nouveau traitement des souvenirs. Il comporte aussi l'imagerie et des composantes cognitives. La thérapie de traitement cognitif est un nouveau moyen qui se concentre sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale qui traite les croyances découlant d'un traumatisme.

Traitement pharmacologique

Les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine comme la fluoxétine (Prozac), la paroxétine (Paxil) et la sertraline (Zoloft), qui ont fait l'objet du plus grand nombre d'études, réduiraient les symptômes des trois groupes chez 40 à 85 % des sujets. La paroxétine (Paxil) est le seul inhibiteur de recaptage au Canada désigné officiellement pour le traitement du TSPT. Aux États-Unis, la sertraline (Zoloft) est le seul inhibiteur à avoir reçu l'approbation de la FDA dans le traitement du TSPT. La venlafaxine (Effexor), un inhibiteur de la recapture de la sérotonine/noradrénaline a démontré qu'elle avait un effet supérieur dans les rémissions de phase aiguë. Il est important de relever la population dont il est question dans l'étude, soit les victimes de traumatisme interpersonnel civil ou lié au combat par rapport à celles souffrant de traumatisme dû à des catastrophes naturelles.

D'autres catégories de médicaments sont également utilisées dans le traitement du TSPT. Les régulateurs de l'humeur, notamment la carbamazépine et le valproate, ont permis une certaine réduction des symptômes de reviviscence et d'éveil. Les antipsychotiques atypiques produisent quelques effets bénéfiques sur le sommeil et l'hypervigilance proche de la paranoïa. Le brexpiprazole (Reluxti) est étudié par son fabricant pour le traitement du TSPT; en association avec un ISRS, les premières études montrent un avantage sur les symptômes de TSPT. Une étude de cas a montré le bénéfice du brexpiprazole dans le

TSPT complexe, spécifiquement sur l'insomnie, les cauchemars, les souvenirs intrusifs et négatifs, et sur l'hypervigilance (O'Connor, 2020).

L'armée des États-Unis a étudié la prazosine (inhibiteur des récepteurs alpha-1 adrénergiques) sur les troubles du sommeil avec cauchemars, l'hyperexcitation et l'irritabilité dans le cadre de la guerre en Afghanistan (Kung, 2012). L'utilisation de la prazosine s'est étendue à la population civile pour les cauchemars liés à TSPT, avec un certain succès. Ce médicament permet d'éviter le risque de dépendance associé aux médicaments classiques pour le sommeil comme les benzodiazépines.

Nouveau traitement du TSPT : Il y a un intérêt important à trouver des traitements uniques du TSPT, car plus de la moitié de ceux qui en souffrent subissent un trouble de fonctionnement important et persistant. Seulement 59 % des sujets atteints de TSPT répondent au traitement par ISRS. La plupart des traitements existants ne ciblent pas les souvenirs traumatisants.

Traitement	Mode d'action	Résultats	Stade d'implémentation
Kétamine	Antagoniste du récepteur du glutamate (NMDA).	Études très limitées. Effet de courte durée.	Pas de données probantes d'une efficacité clinique.
Substances psychédéliques, c'est-à-dire NDMA	Apparentées au glutamate. Utilisées avec une thérapie centrée sur le traumatisme.	Facilite le rappel des souvenirs traumatisants sans effet envahissant.	Études limitées et très préliminaires. Ressource intense.
Stimulation magnétique transcrânienne (TMS)	Impact sur la fonction GABAergique. Une stimulation D > G est peut-être plus efficace.	Les études avec un bénéfice démontré sont limitées.	Stade précoce. Bénéfice possible lié au cortex préfrontal.
Cannabis	Croyance populaire. Utilisé principalement pour faire face à l'insomnie.	Effets nocifs de l'utilisation du cannabis sur le TSPT. Les avantages sont minimes.	Des recherches supplémentaires sont nécessaires.

Facteurs et adaptations à considérer en matière de retour au travail

Au travail, les symptômes de TSPT peuvent se manifester par :

- des problèmes de mémoire et de la difficulté à retenir l'information ;
- un manque de concentration ;
- des sentiments de peur ou d'anxiété et des crises de panique ;
- de faibles interactions avec les collègues ;
- des réactions excessives aux situations déclenchant les souvenirs ;
- de l'absentéisme ;
- des interruptions pour l'employé demeurant dans une relation abusive, comme les appels téléphoniques harcelants au travail ;
- de la difficulté à rester éveillé au travail.

Plusieurs obstacles de nature personnelle ont été identifiés relativement au retour au travail : symptômes continus d'anxiété, dépression concomitante, douleur, colère et perception de menace, par exemple pensées négatives au sujet de la signification des symptômes de TSPT et surestimation du risque de la survenue d'un nouvel événement traumatisant au travail. Un obstacle au retour au travail graduel particulier au personnel d'intervention d'urgence, aux policiers, etc. est l'exposition quotidienne à des événements émotionnellement stressants. Un autre facteur lié au travail pouvant influencer sur le retour au travail est l'existence de conflits interpersonnels et la tendance à blâmer l'employeur (Alden, 2012). Un milieu de travail défavorable ou fortement conflictuel nuit au retour au travail.

À son retour, le travailleur victime d'un traumatisme a besoin d'un milieu de travail réceptif et bienveillant. La direction, les superviseurs et les collègues doivent comprendre les symptômes de TSPT et faire le nécessaire pour faciliter le retour au travail. Des réunions préalables au retour au travail réunissant le travailleur, un représentant syndical, les superviseurs ainsi que le personnel médical et de santé au travail sont généralement tenues. Il est essentiel d'établir des attentes de rendement tenant compte de la réduction des capacités du travailleur et d'identifier les tâches pouvant lui poser des difficultés. L'employeur peut identifier des moyens d'aide particuliers pour le travailleur sur le lieu de travail et créer des documents exposant les adaptations possibles. L'employeur devrait former les superviseurs et les collègues, surtout s'il s'agit d'un milieu où le TSPT est fréquent. Il convient de songer à la gestion du risque lié au retour au travail des travailleurs qui portent des armes à feu et sont chargés de la prestation de soins visant à sauver la vie. Le travailleur œuvrant dans un milieu de travail à risque doit être en pleine possession de ses moyens quand il reprend ses fonctions.

Intimidation sur les lieux de travail et le TSPT

Le harcèlement en milieu de travail est défini comme l'exposition systématique à des comportements négatifs au travail pendant une période prolongée pendant laquelle la victime est exposée sans moyens, ou quasiment, de se défendre. Le harcèlement en milieu de travail a été associé à la dépression et à l'anxiété, à des troubles du sommeil, des idées suicidaires et des maladies de longue durée. Une étude scandinave a montré que le changement d'emploi était un remède individuel à court terme pour une victime de harcèlement. Le changement d'emploi a entraîné une réduction significative de l'anxiété, mais il n'y a pas eu de modification sur la dépression (Rosander, 2022). Dans une étude avec des infirmières (Aristidou, 2020), quatre participantes sur cinq ont signalé une expérience de harcèlement au travail comme victime ou témoin, ou les deux. Une victime sur trois a signalé des symptômes de traumatisme d'intensité modérée à élevée. Une méta-analyse de l'intimidation (Nielsen, 2015) a révélé que 57 % des victimes d'intimidation signalent des symptômes excédant les critères de base indiquant l'existence d'un TSPT. La recherche a aussi démontré que l'intimidation à l'école accroît le risque d'intimidation à l'âge adulte. L'intimidation peut souvent être considérée comme un événement traumatisant répété de longue durée qui détruit les schèmes cognitifs liés au monde, à autrui et à soi-même.

Conséquences à long terme et coûts économiques

Les conséquences les plus néfastes sont celles liées aux traumatismes répétitifs subis pendant l'enfance. Selon l'étude nationale sur la comorbidité, le TSPT serait lié à une élévation de 40 % du risque d'échec au secondaire et au collégial, de 50 % de la probabilité de chômage au cours d'une crise et de 60 % du risque d'instabilité conjugale. Le TSPT entraîne en moyenne 3,6 jours d'absence du travail par mois, soit une perte de productivité annuelle de trois milliards de dollars aux États-Unis. La perte de productivité individuelle liée au TSPT est semblable à celle liée à la dépression. Les sujets souffrant de TSPT sont aussi six fois plus susceptibles de tenter le suicide comparativement aux membres de groupes témoins.

Sélection d'articles récents sur la pandémie de COVID-19 concernant la santé mentale

La pandémie récente de COVID-19 a constitué une menace sans précédent pour les professionnels de soins de santé dans le monde entier. Le nombre d'études simultanées liées aux symptômes et dysfonctionnements de divers prestataires de soins de santé en rapport avec la pandémie a explosé. De nombreuses études ont porté sur les infirmiers/ infirmières autorisé(e)s. Voici un résumé de quelques-unes des études publiées.

- Cet article de Carmassi et coll. (2020) résume les questions pertinentes pour les professionnels de santé au cours de la COVID-19, mais aussi des précédentes épidémies de SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) et de MERS (syndrome respiratoire du Moyen-Orient). Les professionnels de santé travaillant dans

les services des urgences et dans les services de soins intensifs ont un risque particulier de travail extrêmement stressant, lié à des situations qui incluent la gestion de troubles médicaux critiques, les soins à des personnes sévèrement traumatisées, étant témoins de décès et de traumatismes, travaillant dans des conditions d'encombrement et en travail posté. Les données probantes convergent pour montrer que les professionnels de santé ont un risque élevé de développement d'un TSPT, notamment en raison d'épidémies mortelles fréquentes et imprévisibles, et dans l'obligation de gérer les attentes des patients et des familles dans des situations critiques. Également, la peur de la contagion et de l'infection de leur propre famille a été significative en plus d'une stigmatisation et d'un rejet des cercles sociaux. La perception d'une formation adéquate par les professionnels de santé a constitué un facteur de protection significatif. Les facteurs positifs liés au milieu et au travail dans une unité structurée, avec un sens de protection dans l'environnement et une communication claire sur la protection, sont essentiels. L'isolement social a été un facteur important et les professionnels de santé qui ont été mis en quarantaine se sont avérés à plus grand risque de TSPT, comme les professionnels de santé ayant survécu à une infection.

- Une étude chinoise (Xia, 2021) a révélé que l'insomnie, une panique de haut niveau et un fort impact de la COVID-19 étaient des éléments prédictifs de stress post-traumatique et de stress psychologique chez les infirmières chinoises. Les participantes mariées avaient un risque de stress post-traumatique de 1,58. Le personnel médical de première ligne était plus susceptible de souffrir de stress psychologique. Cette étude a identifié qu'un sommeil satisfaisant, une activité physique adaptée et un meilleur régime alimentaire étaient des facteurs protecteurs.
- Une étude portant sur des infirmières de première ligne au Texas (Cockerham, 2022) a recherché l'importance de l'adaptabilité qui est définie comme étant la disposition d'une personne à pouvoir s'adapter à de nouvelles tâches ou à un nouvel environnement. La faculté d'adaptation est une fonction de la personne, plutôt que de la situation, et cette étude a mesuré l'adaptabilité individuelle envers le stress au travail, l'incertitude, la crise et l'adaptabilité dans un cadre interpersonnel. Cette étude a montré que les infirmières qui avaient de plus grandes ressources d'adaptabilité et qui sentaient un soutien de la part de leur organisation signalaient moins de symptômes traumatiques liés à la COVID-19. Les constatations liées au soutien de la famille étaient inattendues : les infirmières qui signalaient plus de soutien familial étaient aussi susceptibles de déclarer plus de symptômes de TSPT liés à la COVID-19. En outre, les infirmières dont l'adaptabilité était basse et qui percevaient plus de soutien familial étaient plus susceptibles de déclarer des symptômes de TSPT liés à la COVID-19. Il est possible que les infirmières qui restaient éloignées de leur domicile pour éviter l'exposition de leur famille à l'infection aient éprouvé des sentiments amplifiés d'isolement social.

- Chen et coll. ont dirigé une enquête multinationale de grande ampleur étudiant la croissance des traumatismes, de l'épuisement et des symptômes post-traumatiques au cours de la COVID-19 chez 12 000 infirmiers et infirmières. Des symptômes de traumatisme ont été signalés par 13,3 % des infirmiers et infirmières, avec un degré d'épuisement émotionnel qui était plus élevé chez les femmes. Les femmes travaillant comme infirmières dans des USI, des hôpitaux et départements désignés pour le traitement des patients atteints de COVID-19 avaient des scores de problèmes de santé mentale négatifs plus élevés.
- Une étude a porté sur l'épuisement et sur les symptômes de TSPT chez les médecins résidents en services d'urgence pendant la pandémie. Une proportion significative de résidents (35 %) a éprouvé des symptômes aigus post-traumatiques pendant la pandémie, indiquant une forte prévalence de trouble de stress aigu et un plus grand risque de développement d'un TSPT. Cependant, il n'y a pas eu de différence significative concernant l'épuisement professionnel avant, pendant ou après la pandémie. L'article traite de l'identification et du traitement précoces des médecins ayant des symptômes de traumatisme.
- Une grande étude canadienne (Plouffe RA et coll., 2021) a été menée pour déterminer les répercussions d'une expérience moralement éprouvante sur la santé mentale des professionnels de santé canadiens pendant l'épidémie de COVID-19. L'adéquation des ressources, l'impact positif sur la vie professionnelle et l'environnement éthique de travail prédisaient négativement la sévérité de la détresse morale. La détresse morale prédisait significativement et positivement les symptômes de dépression, d'anxiété et de TSPT. Pour ces auteurs, il est urgent que les environnements de soins de santé mettent en place des stratégies conçues pour prévenir le stress psychologique et moral à long terme.
- Le concept de blessure morale est apparu dans le contexte de la pandémie de COVID-19 chez les professionnels de soins de santé. Une blessure morale est un type de traumatisme caractérisé par la culpabilité, une crise existentielle et une perte de confiance qui se développe après l'incapacité de fournir des soins aux patients, perçue comme une violation morale. Des problèmes systémiques significatifs, à la fois aux États-Unis et au Canada, contribuent au deuil, au traumatisme et au sentiment de trahison associés (Dean, 2020).
- Il y a des études limitées publiées qui décrivent des interventions pour limiter les symptômes liés au traumatisme de la COVID-19 chez les prestataires de soins de santé. L'Étude REST (Réduction du stress) de Weiner et coll. (2020) a utilisé un outil comportemental cognitif en ligne de 7 séances avec un groupe contrôle en attente ; toutefois, les résultats définitifs n'ont pas été publiés. Un outil appelé Échelle de stress perçu (PSS-10 ou *Perceived Stress Scale*) a été utilisé comme mesure de critère d'évaluation, le principal étant une diminution de la note à 8 semaines. D'autres interventions incluent des groupes virtuels de soutien et l'accès à des conseillers et à des psychiatres ; les résultats publiés sont néanmoins limités.

Conclusion et dernière observation

Le TSPT peut être un trouble chronique de santé mentale se manifestant à la suite d'une exposition à un ou à plusieurs événements pouvant entraîner la mort ou des lésions graves. Initialement, on portait surtout attention au traumatisme de manière à cerner la gravité et la nature des événements occasionnant le TSPT. Des études approfondies ont toutefois révélé que le risque relatif de TSPT n'est que de 10 à 25 % après exposition à un événement traumatisant. Les chercheurs en sont ainsi venus à se concentrer sur les facteurs de vulnérabilité et de risque chez les sujets exposés, soit les victimes. Les facteurs de risque préalables les plus constants se sont révélés être le sexe féminin, l'agression sur enfant et les antécédents psychiatriques familiaux. D'autres facteurs liés à l'apparition du TSPT sont la dissociation au moment du traumatisme, la gravité du traumatisme (en situation de combat, traumatisme répété au travail) et le soutien perçu après l'événement.

Le traitement des victimes de traumatisme s'est perfectionné grâce à une approche séquentielle par phase et le titrage. Au Canada, il y a un nombre limité de centres de traumatologie et ils appartiennent généralement à des centres universitaires des sciences de la santé situés dans de grands centres urbains. Il est donc difficile d'obtenir des services de traumatologie dans les petites collectivités ou en région éloignée. Plusieurs antidépresseurs inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine permettent de réduire certains symptômes de TSPT et plusieurs autres médicaments, dont les régulateurs de l'humeur et les antipsychotiques atypiques et la prozosine, sont aussi utilisés pour traiter les troubles du sommeil liés à un traumatisme. La thérapie cognitivo-comportementale et, en particulier, la thérapie par exposition et la thérapie de traitement cognitif s'avèrent efficaces pour traiter le TSPT. Des traitements uniques comme la stimulation magnétique transcrânienne, les substances psychédéliques et d'autres agents pharmacologiques sont aussi à l'étude.

La récente pandémie de COVID-19 a eu des répercussions importantes sur de nombreuses personnes, notamment l'anxiété, la dépression et les symptômes de traumatisme. Les professionnels de santé ont, en particulier, subi des répercussions avec des symptômes semblables d'anxiété, de dépression et de traumatisme, ainsi que l'apparition de lésions morales perçues par une violation morale. Ces travailleurs continueront vraisemblablement à y être exposés et à nécessiter des soins et un traitement, maintenant et dans un avenir proche.

Foire aux questions

1. Quels sont les critères diagnostiques pertinents pour le TSPT selon le DSM-5 ?

Traumatisme : La personne a été exposée à une mort véritable ou menacée de mort, de lésion grave ou de violence sexuelle de l'une (ou plusieurs) des façons suivantes :

1. en éprouvant directement un ou des événement(s) traumatisant(s) ;
2. en étant personnellement témoin d'un ou plusieurs événement(s) survenant à autrui ;
3. en apprenant qu'un parent ou ami proche a vécu un ou plusieurs événement(s) traumatisant(s), et dans le cas d'une mort véritable ou d'une menace de mort d'un parent ou ami, cet ou ces événement(s) doivent avoir été violent(s) ou être la conséquence d'un accident ;
4. en éprouvant une exposition répétée ou extrême à des détails très désagréables des événements traumatisants (par exemple, premiers intervenants collectant des restes humains ; policiers exposés de façon répétée aux détails de viols d'enfants). Cela n'inclut pas l'exposition indirecte non professionnelle via les médias électroniques, la télévision, des films ou des images.

Quatre groupes de symptômes :

- **Symptômes d'intrusion** — des souvenirs envahissants, des cauchemars traumatisants, des réactions dissociatives (reviviscences, ou « flash backs »), une détresse prolongée ou une activité physiologique marquée après l'exposition aux rappels traumatisants.
- **Évitement** des pensées ou sentiments liés au traumatisme ou des rappels extérieurs.
- **Altérations négatives de la cognition et de l'humeur** — incapacité à se souvenir des principales caractéristiques de l'événement traumatique, croyances négatives persistantes et déformées, émotions persistantes négatives liées au traumatisme, sensation d'aliénation, affect restreint.
- **Altérations de la vigilance** — Comportement irritable ou agressif, comportement autodestructeur, hypervigilance, réponse exagérée de sursaut, problèmes de concentration, troubles du sommeil.

Autres :

- persistance des symptômes pendant 1 mois ;
- détresse significative liée au symptôme ou au trouble fonctionnel ;

- exclusion qui n'est pas due à l'usage de médicaments, d'alcool ou de substances ou à une autre maladie.

2. Quelle est la différence entre le TSPT (DSM-5) et le TSPT complexe (CIM-11^e édition) et en quoi cela est-il pertinent pour le diagnostic et le traitement ?

Le **TSPT** est traditionnellement défini comme apparaissant à l'âge adulte après un traumatisme unique. Trois symptômes centraux ont été identifiés dans la CIM-11 :

- le fait de revivre l'expérience dans l'instant présent ;
- l'évitement des rappels traumatisants ;
- la sensation de menace.

Le TSPT coexiste souvent avec des affections incluant des troubles de l'humeur ou de l'anxiété, un abus d'alcool ou de substances et des comportements impulsifs. Des approches thérapeutiques psychologiques basées sur des données probantes, incluant la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la thérapie du processus cognitif (TPC) et l'EMDR (intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires) peuvent être utilisés pour le traitement.

Le **TSPT complexe** fait référence à des traumatismes répétés de l'enfance avec trois symptômes centraux identifiés dans la CIM-11 :

- les difficultés de régulation émotionnelle ;
- les problèmes relationnels ;
- l'image de soi négative.

Le TSPT complexe peut coexister avec des affections semblables au SSOT et il peut y avoir en plus un comportement d'autodestruction et suicidaire ainsi que des relations dysfonctionnelles entraînant des traumatismes supplémentaires. Le traumatisme répété peut avoir une répercussion significative sur le développement social et émotionnel de l'enfant, aboutissant souvent à des difficultés persistant à l'âge adulte. Ce trouble peut être plus difficile à traiter, compte tenu des répercussions étendues des traumatismes. Classiquement, le TSPT complexe nécessite une approche thérapeutique par étapes.

3. Une exposition à la mort ou à des circonstances menaçant la vie est-elle nécessaire au diagnostic de TSPT ?

C'est un sujet controversé, car l'application des critères diagnostiques ne semble pas homogène à travers les différents cadres cliniques. Le diagnostic selon le DSM-5 précise que la « la personne a été exposée à une mort réelle ou à une menace de mort, ou à une violence sexuelle ». Des défis peuvent apparaître dans les situations suivantes :

- a) le harcèlement dans le milieu de travail ;
 - b) d'autres professions (par exemple, des travailleurs dans le domaine de la protection de l'enfance) ;
 - c) un traumatisme vicariant.
- a) Le **harcèlement** est une situation difficile pour l'évaluation d'un possible développement de TSPT. Le harcèlement en milieu de travail est défini comme étant une exposition systémique à des comportements négatifs sur le lieu de travail, avec une victime n'ayant pas ou que peu de possibilités de se défendre. Le harcèlement en milieu de travail a été associé à la dépression et à l'anxiété, à des troubles du sommeil, des idées suicidaires et des maladies physiques de longue durée. Ces syndromes et diagnostics peuvent être une alternative appropriée au diagnostic de TSPT.
- b) Les **travailleurs de la protection de l'enfance** sont soumis à un taux significatif de menaces et d'agressions sur les lieux de travail. La littérature relève que l'expérience de menaces a été significativement associée à la dépression. Dans certaines circonstances extrêmes, les menaces et la véritable violence physique peuvent répondre aux critères de traumatisme du DSM-5.
- c) Un **traumatisme vicariant ou secondaire** est l'expérience des professionnels qui sont exposés aux histoires traumatiques de tiers avant de développer leurs propres symptômes et réactions traumatiques. Plus de 50 % des travailleurs du domaine de la protection des enfants ont un risque élevé de fatigue compassionnelle et se sentent prisonniers de leur travail avec les clients. La question de savoir si cela satisfait le seuil de traumatisme des critères de TSPT est controversée.

4. Qui est à risque de développer un TSPT ?

Les principaux facteurs de risque identifiés dans les publications scientifiques sont :

- un trait de personnalité d'affectivité négative où les individus répondent aux événements par de l'anxiété et de la dépression ;
- tout particulièrement, des antécédents d'expositions intenses répétées à des traumatismes ;
- la sévérité du traumatisme comme fort facteur prédictif, notamment en situation de combat ;
- le genre féminin ;
- les personnes dépourvues de soutien social ;
- les antécédents psychiatriques et antécédents psychiatriques familiaux.

5. Quels sont les troubles de santé mentale souvent rencontrés avec le TSPT ?

La comorbidité est fréquente avec le TSPT et approximativement 80 % des personnes atteintes de TSPT ont au moins un trouble psychiatrique au cours de leur vie. Les affections coexistantes les plus fréquentes sont la dépression majeure (« dépression complète »), les troubles anxieux, la consommation excessive/dépendance à l'alcool et la douleur chronique. La sinistrose doit être envisagée, notamment en cas d'accidents sur les lieux de travail, d'accidents de véhicule à moteur, ou pour le personnel militaire si l'indemnisation est un problème.

6. Quel rôle le milieu de travail joue-t-il dans le développement et le maintien du TSPT ?

Il est reconnu que certains environnements professionnels ont un taux élevé de traumatismes et que, par conséquent, les travailleurs ont un risque plus élevé de TSPT dans les services d'urgence, parmi les militaires, dans les services de soins médicaux aigus, dans les secteurs des banques et des trains. Si le milieu de travail procure un soutien, le risque de survenue d'un TSPT peut être réduit. Cependant dans certains contextes professionnels, les travailleurs éprouvent un « traumatisme secondaire » lié à la réponse négative du milieu de travail et au manque de soutien. La reprise du travail est souvent difficile pour les travailleurs ayant un diagnostic de TSPT. Considérant les exigences uniques des travailleurs des services de réponse d'urgence, des policiers, etc., une reprise graduelle du travail est souvent difficile à mettre en place.

7. Quel est actuellement le risque de surdiagnostic de TSPT ? Comment ce risque peut-il être limité ?

À l'heure actuelle, le surdiagnostic de TSPT est remis en question dans certains domaines, en particulier impliquant le personnel militaire, des situations légales et en cas de droit à indemnisation financière pour une lésion. Selon certains auteurs, le diagnostic de TSPT est devenu tellement « élastique et sollicité » que d'autres diagnostics risquent d'être manqués. D'autres auteurs identifient la fabrication d'un « glissement du concept », voulant dire que le diagnostic a été élargi pour inclure une plus grande plage de phénomènes.

À l'opposé, certains auteurs affirment que le TSPT est régulièrement sous-diagnostiqué. Cela s'appuie en partie sur le fait que seulement une partie des personnes atteintes de TSPT est en mesure d'être évaluée pour le TSPT en raison d'un manque d'accès aux soins de santé mentale. Les études ont montré que moins de la moitié des adultes satisfaisant les critères de TSPT ont recherché l'aide d'un professionnel de santé.

Dans une tentative de limitation de biais concernant le diagnostic de TSPT, une évaluation diagnostique approfondie doit être effectuée et, lorsque cela est possible, des outils basés sur des données probantes doivent être utilisés pour le diagnostic. L'évaluateur doit être sensible à l'aspect des gains, notamment financiers, qui sont liés au diagnostic de TSPT.

Références

American Psychiatric Association, (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (5^e éd,) Washington, DC.

Aristidou L, Mpouzika M, Papthanassoglou DE, Middleton N, Karanikola, (2020) Association between Workplace Bullying Occurrence and Trauma Symptoms Among Health Care Professionals in Cyprus, *Frontiers in Psychology*, Doi 10.3389/fpsycho.2020.575623

Asmundson GJ, Norton GR, Allardings MD, Norton PJ, Larsen DK, (1998) Post-traumatic stress disorder and work-related injury, *J Anxiety Disord* 12(1):57-69.

Ayesha S, Ahmed, (2007) Post-traumatic stress disorder, resilience and vulnerability, *Advances in Psychiatric Treatment* 13(5): 369-375.

Basant P, Kluwer J, Makani R, Parikh T, (2016) Nonconventional interventions for chronic post-traumatic stress disorder: Ketamine, repetitive trans-cranial magnetic stimulation (rTMS) and alternative approaches, *Journal of Trauma & Dissociation*, Vol. 17 No. 1, 35-54.

Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P, (1998) Trauma and post-traumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma, *Arch Gen Psychiatry* 55:626-632.

Brewin CR, Andrews B, Valentine JD, (2000) Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults, *J Clin & Consult Psychology*, 68 (5):748-66.

CADTH (2019) October 2019, Intravenous Ketamine for Adults with Treatment-Resistant Depression or Post-Traumatic Stress Disorder: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness and Guideline, *CADTH Rapid Response Service*, 25 pages.

Carmassi C, Foghi C, Dell'Oste V, Cordone A, Bertelloni CA, Bui E, Dell'Osso L, (2020), *PTSD symptoms in health care workers facing the three consecutive outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic*, *Psychiatry Research* 292: 113312.

Chang J, Ray JM, Joseph D, Evans LV, Joseph M, (2022) Burnout and Post-traumatic Stress Disorder Symptoms among Emergency Medicine Resident Physicians During the COVID-19 Pandemic, *Western Journal of Emergency Medicine*, Vol. 23, No. 2 251, http://escholarship.org/uc/uciem_westjem

Chen C, Sun C, Chen J-J, Jen H-J, Kang XL, Kao CC, Chou KR, (2020) A Large-Scale Survey on Trauma, Burnout, and Posttraumatic Growth among Nurses during the COVID-19 Pandemic, *Internal Journal of Mental Health Nursing* 30, 102-116.

Cheng P, Zhou Y, Chen Y-F, Hu R-L, Zou Y-L, Li Y-L, Zhang L, Shun L, Yu X, Li LP, Li Wh, (2021) Clinical Application of repetitive transcranial magnetic stimulation for post-traumatic stress disorder: A literature review, *World J Clin Cases* 16; 9(29):8558-8665.

Cockerham M, Beier M, Branson S, Boss L, (2022) Nurse Adaptability and Post-traumatic Stress Disorder Symptoms During the COVID-19 Pandemic: The Effects of Family Support and Perceived Organizational Support, *Frontiers in Psychology*, Doi: 10.3389/fpsy.2021.749763.

Connor KM, (2006) Assessment of resilience in the aftermath of trauma, *Journal of Clinical Psychiatry* 67 (suppl 2), 46-49.

Courtois CA, (1999) *Recollection of Sexual Abuse-Treatment Principles and Guidelines*, New York: Norton.

Darby JEL, Sasiadek JD, Coles AS, George TP, (2019) Cannabis and Mental Illness: A review, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, PMC 2020 February 01.

Dean W, Jacobs B, Manfredi R, (2020) Moral Injury: The Invisible Epidemic in COVID Health Care Workers, *Annals of Emergency Medicine*, Vol. 76; No. 4, pp. 385-386.

Dobbs D, (2009) The Post Traumatic Stress Trap, *Scientific American April*: 64-69.

Feder A, Rutter SB, Schiller D, Charney DS, (2020) The emergency of ketamine as a novel treatment for post-traumatic stress disorder, *Advances in Pharmacology* Volume 89 p. 261.

Fisher MP, (2014) PTSD in the U.S. Military and the politics of prevalence, *Soc Sci Med* Aug 115:1-9.

Foa EB, (2000) Psychosocial treatment of post-traumatic stress disorder, *J Clin Psychiatry* 61: suppl. 5:43-8.

Friedman MJ, (2000) *Post-Traumatic Stress Disorder – The Latest Assessment and Treatment Strategies*, Kansas City: Compact Clinicals.

Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, Finkelstein SN, Berndt ER, Davidson JR, Ballenger JC, Fyer AJ, (1999) *J Clin Psychiatry* 60(7) 427-35.

Grinker L, (2015) Ochberg Society Reports, *Ochberg Society for Trauma Journalism*, <https://www.ochbergsociety.org/why-is-the-ptsd-rate-so-low-among-british-veterans/>

Hong J, (November 6, 2013) In Canada, Paramedics Are the Most Likely to Develop PTSD, [whatsapp://send?text=http://www.vice.com/en_ca/rea](https://www.vice.com/en_ca/rea).

Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB, (1995) *Arch Gen Psychiatry* 52 (12):1048-60.

King EA, (2022) *Children & Youth Services Review*, Vol. 120, janvier 2021, 105763.

- Krediet E, Bostoen T, Breeksema J, van Schagen A, Passier T, Vermetten E, (2020) Reviewing the Potential of Psychedelics for the Treatment of PTSD, *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 23(6): 385-400.
- Kung S, Espinel Z, Lapid M, (2012) Treatment of Nightmares with Prazosin: A Systematic Review, *Mayo Clin Proc* 87(9): 890-900.
- Liriano F, Hatten C, Schwartz TL, Ketamine as treatment for post-traumatic stress disorder: a review, *Drugs in Context*.
- Maercker A, (2021) Development of the new CPTSD Diagnosis for ICD-11, *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, doi.org/10.1186/s40479-021-00148-8.
- Meichenbaum D, (1994) A Clinical Handbook/Practical Therapist Manual for Assessing and Treating Adults with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), Waterloo: Institute Press.
- McFarlane AC, Bryant RA, (2007) Post-traumatic stress disorder in occupational settings: anticipating and managing the risk – In-Depth Review, *Occupational Medicine*, 57:404-410.
- National Center for PTSD (January 3, 2014), DSM-5 Diagnostic Criteria for PTSD Released.
- Nielsen MB, Tangen T, Idsoe T, Matthieson SB, Mageroy N, (2015) Post-traumatic stress disorder as a consequence of bullying at work and at school, A literature review and meta-analysis, *Aggression and Violent Behaviour*, 21:17-24.
- Ochberg Society for Trauma Journalism (2015), Why do British vets get less PTSD?
- O'Connor, M, (2020) Adjunctive therapy with brexpiprazole improves treatment resistant complex post-traumatic stress disorder in domestic family violence victims, *Australasian Psychiatry* Vol. 28(3) 264-266.
- Paris J, (2000) Predispositions, personality traits, and post-traumatic stress disorder, *Harv Rev Psychiatry* 8(4):175-83.
- Plouffe RA, Nazarov A, Forch CA, Gargala D, Deda E, Borret-Gheysen J, Jackson B, Soares J, Hosseiny F, Smith P, Roth M, MacDoughall AG, Marlborough M, Jetly R, Heber A, Albuquerque J, Lanius R, Balderson K, Dupuis G, Mehta V, Richardson D, (2021) Impact of morally distressing experiences on the mental health of Canadian health workers during the COVID-19 pandemic, *European Journal of Psychotraumatology* Vol. 12, 1984667.
- Prins A, Ouimette P, Kimerling R, Cameron RP, Hugelshofer DS et coll., The primary care PTSD screen (PC-PTSD): Corrigendum, *Primary Care Psychiatry*, 9:151.
- Rosander M, Salin D, Blomberg S, (2022) The last resort: Workplace bullying and the consequences of changing jobs, *Scandinavian Journal of Psychology*, 63,124-135.

Sessa B, MDMA and PTSD treatment "PTSD: From novel pathophysiology to innovative therapeutics, *Neurosciences Letter* On line July 6, 2016.

Tulley J et coll, (2021) Maudsley Debate Is PTSD overdiagnosed, *BMJ* 373:n.787, doi: 10.1136/bmj.n787

Xia L, Yan Y, Wu D, (2021) Protective Predictors Associated with Post-traumatic Stress and Psychological Distress in Chinese Nurses During the Outbreak of COVID-19, *Frontiers in Psychology* doi:10,3389/psych2021.684222.

Weiner L, Berna F, Nourry N, Severac J, Vidailhet P, Mengin A, (2020) Efficacy of an online cognitive behavioural therapy program developed for health care workers during the COVID-19 pandemic: the Reduction of Stress (REST) study protocol for a randomized controlled trial, *BMC* 10 pages.

Yehuda R, McFarlane AC, Shalev AY, (1998) Predicting the development of post-traumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event, *Biol Psychiatry* 44(12): 1305-13.