

# Trouble de stress post-traumatique

Par [John W. Barnhill, MD, New York-Presbyterian Hospital](#)  
Reviewed By [Mark Zimmerman, MD, South County Psychiatry](#)

Vérfifié/Révisé août 2023 | Modifié janv. 2025



Le trouble de stress post-traumatique est un trouble invalidant qui se développe après une exposition à un événement traumatique. Il est caractérisé par des pensées intrusives, des cauchemars et des flash-backs; l'évitement des rappels du traumatisme; une cognition et des humeurs négatives; une hypervigilance et des troubles du sommeil. Le diagnostic repose sur des critères cliniques. Le traitement comprend une psychothérapie et parfois un traitement pharmacologique d'appoint.

## Symptomatologie | Diagnostic | Traitement

(Voir aussi [Revue générale des troubles traumatiques et liés à des stress.](#))

La prévalence du trouble de stress post-traumatique au cours de la vie approche 9%, avec une prévalence sur 12 mois d'environ 4% (1).

Une situation de combat, une agression sexuelle ou les catastrophes naturelles ou artificielles sont des causes fréquentes de trouble de stress post-traumatique. Le trouble de stress post-traumatique peut entraîner de graves troubles sociaux, professionnels et interpersonnels.

Bien que le [trouble de stress aigu](#) ne puisse être diagnostiqué que dans le premier mois après un traumatisme, le trouble de stress post-traumatique ne peut être diagnostiqué qu'au moins 1 mois après le traumatisme. Le trouble de stress aigu peut se développer directement en trouble de stress post-traumatique, ou bien le trouble de stress post-traumatique peut se développer des mois ou même des années après le traumatisme sans que les problèmes précédents ne soient évidents.

## Référence générale

1. [Goldstein RB, Smith SM, Chou SP, et al](#): The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 51(8):1137-1148, 2016. doi: 10.1007/s00127-016-1208-5

## Symptomatologie du trouble de stress post-traumatique

Les symptômes du trouble de stress post-traumatique peuvent être subdivisés en 4 catégories:

- Intrusions
- Évitement
- Altérations négatives de la cognition et de l'humeur
- Modifications de l'éveil et de la réactivité

**Intrusions:** les intrusions sont des souvenirs indésirables ou des cauchemars qui rejouent l'événement déclenchant. Les intrusions peuvent prendre la forme de "flash-backs", qui peuvent être déclenchés par des images, des sons, des odeurs ou d'autres stimuli. Par exemple, un bruit fort peut déclencher le souvenir d'une agression, conduisant la personne à se jeter au sol en panique.

**Évitement:** les sujets qui ont un trouble de stress post-traumatique peuvent faire en sorte d'éviter les rappels du traumatisme, tels que certaines parties de la ville ou des activités précédemment préférées.

**Altérations négatives de la cognition et de l'humeur:** les changements cognitifs et de l'humeur comprennent un désintérêt et un détachement, des cognitions déformées, une anhédonie, des auto-reproches inappropriés et une dépression.

**Modifications de l'éveil et de la réactivité:** les sujets qui ont un trouble de stress post-traumatique peuvent manifester un éveil, une irritabilité et une réactivité excessifs, ou bien ils peuvent sembler engourdis et distants.

Un [sous-type dissociatif du trouble de stress post-traumatique](#) a été reconnu. Celui-ci comprend tous les symptômes mentionnés ci-dessus, plus une dépersonnalisation (se sentir détaché de soi ou de son corps) et/ou une déréalisation (vivre le monde comme irréel ou onirique).

## Diagnostic du trouble de stress post-traumatique

- Critères de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition, Text Revision (DSM-5-TR)

Pour répondre aux critères diagnostiques de la DSM-5-TR du trouble de stress post-traumatique, les patients doivent avoir été exposés directement ou indirectement à un événement traumatique et avoir des symptômes de chacune des catégories suivantes pour une période ≥ 1 mois (1).

**Symptômes d'intrusion** (≥ 1 des suivants):

- Avoir des souvenirs récurrents, involontaires, intrusifs, perturbants
- Avoir des rêves inquiétants récurrents (p. ex., des cauchemars) de l'événement
- Agir ou souffrir comme si l'événement se déroulait de nouveau, cela va des flash-backs à une totale perte de conscience de l'environnement présent
- Avec un sentiment intense de détresse psychologique ou physiologique quand on lui rappelle l'événement (p. ex., lors de la date anniversaire ou lorsqu'il entend des sons similaires à ceux entendus pendant l'événement)

**Symptômes d'évitement** (≥ 1 des suivants):

- En évitant les pensées, les sentiments ou souvenirs associés à l'événement
- En évitant des activités, des lieux, des conversations ou des personnes qui déclenchent des souvenirs de l'événement

**Effets négatifs sur les capacités intellectuelles et l'humeur** (≥ 2 des suivants):

- Perte du souvenir d'éléments importants de l'événement (amnésie dissociative)
- Croyances ou attentes négatives tenaces et exagérées à propos de soi, des autres, ou sur le monde
- Idées déformées persistantes sur la cause ou les conséquences du traumatisme qui conduisent à s'accuser soi-même ou les autres
- État émotionnel négatif persistant (p. ex., peur, horreur, colère, culpabilité, honte)
- Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités importantes
- Sentiment de détachement ou d'éloignement des autres
- Incapacité persistante à vivre des émotions positives (p. ex., le bonheur, la satisfaction, des sentiments tendres)

Une **excitation et une réactivité altérée** (≥ 2 de ce qui suit):

- Difficultés d'endormissement
- Irritabilité ou accès de colère
- Comportement imprudent ou autodestructeur
- Difficultés de concentration
- Augmentation de la réponse en sursaut
- Hypervigilance

En outre, les manifestations doivent causer une détresse importante ou entraver significativement leur fonctionnement social ou professionnel et ne pas être attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou d'un autre trouble médical.

Le **sous-type dissociatif** du trouble de stress post-traumatique est diagnostiqué lorsque, en plus de tous les symptômes mentionnés ci-dessus, il existe des preuves de dépersonnalisation (sentiment de détachement de soi-même ou du corps) et/ou de déréalisation (l'expérience du monde comme irréel ou onirique).

Le trouble de stress post-traumatique est souvent négligé. Le traumatisme peut ne pas être évident pour le médecin et le patient peut ne pas être motivé pour discuter d'un sujet difficile. Le traumatisme peut conduire à un tourbillon complexe de symptômes cognitifs, affectifs, comportementaux et somatiques. Le diagnostic est souvent compliqué par l'existence d'un [trouble dépressif](#), d'un [trouble anxieux](#) et/ou d'une [toxicomanie](#) concomitants.

## Référence pour le diagnostic

1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC, pp 301-313.

## Traitement du trouble de stress post-traumatique

- [Prise en charge du patient par lui-même](#)
- Psychothérapie
- Pharmacothérapie

### Prise en charge du patient par lui-même

La prise en charge du patient par lui-même est essentielle pendant et après une crise ou un traumatisme. La prise en charge du patient par lui-même comprend ce qui suit:

- Sécurité personnelle
- Santé physique
- Mindfulness

La **sécurité personnelle** est fondamentale. Après un traumatisme, les sujets sont mieux en mesure de vivre l'expérience lorsqu'ils savent qu'eux et leurs proches sont en sécurité. Il peut être difficile, cependant, d'obtenir une sécurité complète pendant les crises telles que les abus domestiques, les guerres ou les pandémies infectieuses. Au cours de ces difficultés continues, les sujets doivent demander conseil à des experts sur la façon dont eux et leurs proches peuvent être aussi en sécurité que possible.

La **santé physique** peut être en jeu pendant et après les expériences traumatiques. Autant que possible, la personne à risque doit essayer de respecter un calendrier sain concernant le manger, le dormir et l'exercice. Les substances et les médicaments sédatifs (p. ex., benzodiazépines) et intoxicants (p. ex., l'alcool) doivent être utilisés avec modération, voire pas du tout.

L'approche dite de **mindfulness** vise à réduire le stress, l'ennui, la colère, la tristesse et l'isolement que les personnes traumatisées ressentent habituellement. Si les circonstances le permettent, les sujets à risque doivent établir et respecter des horaires quotidiens normaux, rester intégrés dans leur famille et leur communauté et pratiquer des loisirs familiaux (ou en développer de nouveaux).

Il est utile de limiter le temps passé en regardant les nouvelles et de passer à d'autres activités (p. ex., lire un roman, faire un casse-tête, peindre un tableau, faire des biscuits pour un voisin bloqué à domicile).

### Psychothérapie

La **thérapie cognitivo-comportementale centrée sur le traumatisme** est basée sur les preuves les plus solides d'efficacité dans le cas de la plupart des patients souffrant de trouble de stress post-traumatique (1). Comme pour le trouble de stress aigu, cette forme de psychothérapie comprend l'éducation du patient, la réorganisation cognitive et l'exposition thérapeutique aux souvenirs de l'expérience traumatique. La thérapie des processus cognitifs est un type de thérapie cognitivo-comportementale qui consiste à parler des implications des expériences traumatiques et à mettre en perspective les pensées négatives sur soi et les expériences traumatiques, en les considérant comme différentes du traumatisme réel.

L'exposition prolongée est une autre psychothérapie efficace qui consiste à traiter une série de souvenirs traumatiques tout en gérant la réponse psychophysologique avec des techniques telles que la respiration contrôlée, désensibilisation ainsi progressivement l'impact des souvenirs.

La désensibilisation par les mouvements oculaires est une forme de thérapie d'exposition qui peut aussi être utilisée (2). Dans cette thérapie, les patients sont invités à suivre le doigt du thérapeute qui bouge pendant qu'ils imaginent être exposés au traumatisme. Alors que certains experts pensent que les mouvements oculaires eux-mêmes favorisent la désensibilisation, d'autres attribuent son efficacité principalement à l'exposition plutôt qu'aux mouvements oculaires.

Le style thérapeutique est important dans le traitement du trouble de stress post-traumatique (3). La chaleur, le réconfort et l'empathie sont quelques-uns des facteurs non spécifiques qui peuvent être exceptionnellement importants lorsque l'on travaille avec des sujets souffrant de symptômes de stress post-traumatique tels que la honte, l'évitement, l'hypervigilance et le détachement.

### Pharmacothérapie

Les preuves en faveur de la pharmacothérapie dans le trouble de stress post-traumatique sont moins solides que celles de la psychothérapie centrée sur les traumatismes (4). Le plus souvent, les médicaments sont utilisés pour traiter des troubles psychiatriques coexistants, ou des symptômes particulièrement importants de trouble de stress post-traumatique, tels que la dépression ou l'anxiété.

Les [inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine \(ISRS\)](#) peuvent réduire l'anxiété et/ou la dépression (5). La prazosine semble aider à réduire les cauchemars (6). Une brève cure de sédatifs peut soulager l'insomnie. Divers autres médicaments sont utilisés avec des preuves croissantes d'efficacité; ceux-ci comprennent des stabilisateurs de l'humeur (p. ex., l'acide valproïque), des antipsychotiques atypiques (p. ex., l'aripiprazole, brexpiprazole) (7), et des psychédéliques (tels que le MDMA, la kétamine et la psilocybine) (8).

## Références pour le traitement

1. [Bisson J, Andrew M](#): Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* (3):CD003388, 2007. doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub3
2. [Wilson G, Farrell D, Barron J, et al](#): The use of eye-movement desensitization reprocessing (EMDR) therapy in treating post-traumatic stress disorder—A systematic narrative review. *Front Psycho*;9:923, 2018. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00923
3. [Howard R, Berry K, Haddock G](#): Therapeutic alliance in psychological therapy for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Psychother* 29(2):373-399, 2022. doi: 10.1002/cpp.2642
4. [Wright LA, Sjibrandij M, Sinnerton R, et al](#): Pharmacological prevention and early treatment of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Transl Psychiatry* 9(1):334, 2019. doi: 10.1038/s41398-019-0673-5
5. [Stein DJ, Ipser JC, Seedat S](#): Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 22006(1):CD002795, 2006. doi: 10.1002/14651858.CD002795.pub2
6. [Khachatryan D, Groll D, Booi L](#): Prazosin for treating sleep disturbances in adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Gen Hosp Psychiatry* 39:46-52, 2016. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2015.10.007
7. [Davis LL, Behl S, Lee D, et al](#): Brexpiprazole and Sertraline Combination Treatment in Posttraumatic Stress Disorder: A Phase 3 Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* Published online December 18, 2024. doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.3996
8. [Krediet E, Bostoen T, Breeksema J, et al](#): Reviewing the potential of psychedelics for the treatment of PTSD. *Int J Neuropsychopharmacol*. 23(6):385-400, 2020. doi: 10.1093/ijnp/pyaa018

### TESTEZ VOS CONNAISSANCES

[Take a Quiz!](#)