

# Aider une victime de traumatisme :

## qu'est-ce que l'omnipraticien peut faire?



Cet article vise à mieux outiller les omnipraticiens vis-à-vis un patient victime de stress post-traumatique. Il est divisé en quatre parties, soit les caractéristiques et le diagnostic du trouble de stress post-traumatique, les stratégies de psychoéducation, un résumé des étapes du traitement psychologique et les consignes concernant la médication. Il inclut un texte pouvant être donné à la victime et une liste d'ouvrages de référence.

Par Pascale Brillon, Ph.D., et Pierre Savard, M.D., Ph.D.

Madame Gagnon (nom fictif), âgée de 43 ans, se présente à la clinique pour les symptômes suivants : fatigue, difficultés de concentration et irritabilité. Elle travaille habituellement comme serveuse dans

un restaurant-bar, mais se sent actuellement incapable de travailler depuis une semaine. Elle a l'impression de ne pas avoir de concentration et de perdre la mémoire. Elle se sent constamment en état



**Dre Brillon** est psychologue-chercheure, Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, et se spécialise dans l'étude et le traitement du trouble de stress post-traumatique.



**Dr Savard** est psychiatre, et directeur de la Clinique des troubles anxieux.

---

## Le trouble de stress post-traumatique

d'alerte et évite les lieux publics. Il y a une semaine, elle a été prise au milieu d'un règlement de compte entre deux groupes rivaux de motards criminalisés. Elle était très proche d'une des personnes visées et a vu les assaillants sortir des armes. Des tables ont été renversées et des coups de feu ont retenti. Elle a des souvenirs intrusifs des cris des autres personnes à ce moment-là et elle se souvient de sa terreur lors de

l'échange de coups de feu. Elle a de la difficulté à vous parler de cet événement et elle semble même quelquefois détachée pendant votre rencontre.

### Comment l'omnipraticien peut-il aider une victime de traumatisme?

L'omnipraticien peut considérablement aider une victime comme Madame Gagnon en :

#### En bref :

#### Aider une victime de traumatisme : qu'est-ce que l'omnipraticien peut faire?

##### Bien connaître le trouble de stress post-traumatique

Près de 8 % des personnes de la population générale souffriront d'un TSPT au cours de leur vie. Un quart à un tiers des victimes ayant vécu un événement traumatique souffriront d'un TSPT. Les événements « interpersonnels », c'est-à-dire infligés par la main de l'homme sont généralement vécus comme étant plus « traumatisants » pour les victimes et entraînent davantage de séquelles psychologiques. À ce sujet, le viol, la torture et la séquestration constituent les événements qui entraînent le plus haut taux de symptômes post-traumatiques. Non traité, le TSPT a tendance à devenir chronique. Ainsi, 60 % des victimes gardent des symptômes significatifs après un an. Dans la majorité des cas, le TSPT s'accompagne d'un autre trouble, particulièrement la dépression moyenne (dans 50 % des cas) et l'abus d'alcool (50 % des hommes).

##### Bien connaître les symptômes du trouble de stress post-traumatique pour faire de la psychoéducation

Les principaux symptômes sont les reviviscences, l'évitement et l'émoussement émotionnel et l'hyperactivité neurovégétative. Ils doivent durer depuis au moins un mois pour diagnostiquer un TSPT.

##### Avoir un aperçu du traitement psychologique pour bien orienter la victime et faire le bon suivi

D'abord, le thérapeute donnera davantage d'information sur le TSPT à la victime et sur le rôle spécifique de ses symptômes. Ensuite, les émotions qui ont suivi l'expérience du traumatisme seront explorées et travaillées : colère, révolte, peur, honte, culpabilité, amertume, méfiance, etc. Des stratégies de restructuration cognitive seront ensuite utilisées pour identifier et assouplir certaines interprétations de ses réactions ou des causes de l'événement qui contribuent aux symptômes post-traumatiques. Ensuite, des stratégies de relaxation et de respiration seront entreprises afin d'aider la victime à mieux gérer les tensions qui découlent des souvenirs de l'événement et à diminuer ses symptômes d'hyperactivation. Afin d'aider la victime à réapprivoiser les éléments (odeurs, situations, bruits) qui sont associés au traumatisme, des stratégies d'exposition *in vivo* seront utilisées. Vous pouvez connaître le psychologue spécialisé en TSPT grâce au service de référence de l'Ordre des psychologues du Québec en téléphonant au (514) 738-1881.

##### Bien évaluer la nécessité d'une médication

La médication vise principalement à faciliter la psychothérapie, car elle peut permettre de traiter un état comorbide comme une dépression majeure, faciliter la diminution des symptômes d'hyperactivation ou d'émoussement (perturbation du sommeil, diminution de la concentration, perte d'intérêt) ou représenter un traitement alternatif lorsque la thérapie cognitivo-comportementale n'est absolument pas disponible. Il est cependant important de noter que la médication ne guérit pas le TSPT. Les ISRS sont les médicaments de choix actuellement.

---

# Le trouble de stress post-traumatique

- connaissant bien le trouble de stress post-traumatique (TSPT) pour pouvoir le détecter et le diagnostiquer adéquatement;
- expliquant ses symptômes à la victime à l'aide de stratégies de psychoéducation;
- ayant un aperçu des étapes et des difficultés du traitement psychologique pour bien diriger la victime vers les ressources pertinentes et faire le bon suivi;
- évaluant bien la nécessité d'une médication et en la prescrivant adéquatement.

Le présent article vise à détailler ces quatre niveaux d'aide offerts par l'omnipraticien à une victime de traumatisme. Il est divisé en quatre sections, soit **les caractéristiques et le diagnostic du TSPT** afin de mieux connaître ce trouble, pouvoir mieux le détecter et faciliter l'évaluation des symptômes de la victime; **les stratégies de psychoéducation** pour mieux expliquer à la victime pourquoi elle vit ses symptômes et contrer son impression que son état est « pathologique » ou sans espoir; **un résumé des étapes du traitement psychologique**, car avoir un aperçu des étapes et des difficultés du traitement permet de mieux référer le patient et de faire un meilleur suivi; **des consignes concernant la médication** afin de mieux évaluer la nécessité de celle-ci et de la prescrire adéquatement. Pour faciliter la tâche du clinicien, le présent article reprend l'exemple du cas de Madame Gagnon et précise comment pourrait s'effectuer chacune de ces étapes. Il inclut aussi un texte pouvant être donné à la victime (le *Feuillelet d'information aux patients*) et une liste des ouvrages que l'omnipraticien pourra consulter s'il veut approfondir sa réflexion en la matière.

## Les caractéristiques du TSPT

**Prévalence à vie du TSPT dans la population générale.** Près de 8 % des personnes de la popula-

tion générale souffriront d'un TSPT au cours de leur vie.<sup>1,2,3</sup>

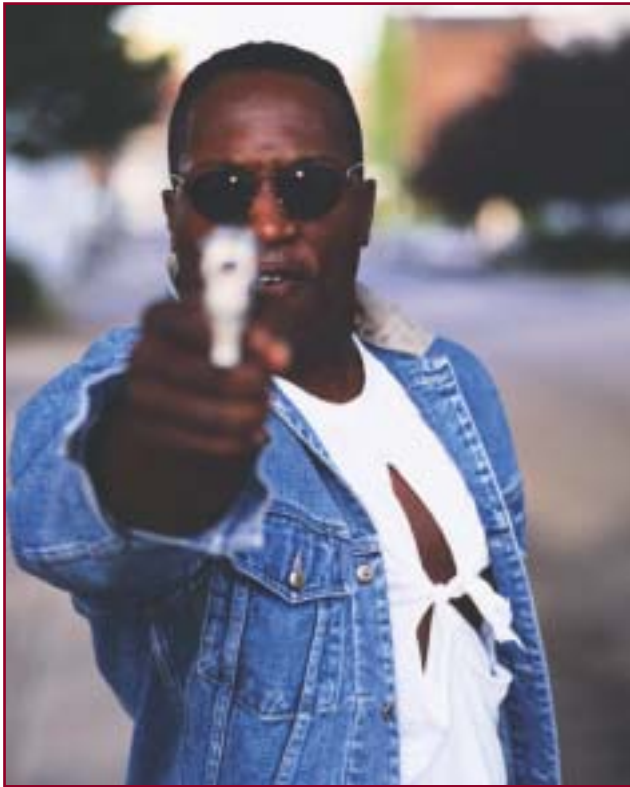
**Prévalence du TSPT auprès des victimes** Un quart à un tiers des victimes ayant vécu un événement traumatique souffriront d'un TSPT. Les événements « interpersonnels », c'est-à-dire infligés par la main de l'homme sont généralement vécus comme étant plus « traumatisants » pour les victimes et entraînent davantage de séquelles que les événements incontrôlables, comme les désastres naturels. À ce sujet, le viol, la torture et la séquestration constituent les événements qui entraînent le plus haut taux de symptômes post-traumatiques.

**La chronicité du TSPT.** Non traité, le TSPT a tendance à devenir chronique. Ainsi, 60 % des victimes gardent des symptômes significatifs après un an.<sup>4</sup>

**Les données de comorbidité** Dans la majorité des cas, le TSPT s'accompagne d'un autre trouble.<sup>2,5</sup> Les principaux troubles concomitants au TSPT sont les troubles d'abus d'alcool (52 % des hommes souffrant d'un TSPT et 28 % des femmes souffrant d'un TSPT). La dépression majeure est aussi extrêmement fréquente (48 % des hommes souffrant d'un TSPT et 49 % des femmes souffrant d'un TSPT).<sup>1</sup>

Connaissant bien les caractéristiques du TSPT, vous reconnaissez des symptômes post-traumatiques chez Madame Gagnon. D'abord, elle a vécu un événement qui a menacé son intégrité physique et qui a provoqué chez elle une peur intense (critères A). Ensuite, elle présente des symptômes de reviviscences de l'événement avec les souvenirs intrusifs des cris des clients du restaurant (critères B). Elle montre aussi des symptômes d'évitement en évitant les lieux publics (critères C). Des symptômes d'émoussement émotionnel sont aussi présents dans son détachement lors de votre rencontre

## Le trouble de stress post-traumatique



Il y a une semaine, Madame Gagnon a été prise au milieu d'un règlement de compte. Elle était très proche d'une des personnes visées et a vu les assaillants sortir des armes. Elle a des souvenirs intrusifs des cris des autres personnes à ce moment-là et elle se souvient de sa terreur lors de l'échange de coups de feu.

(critères C). Enfin, elle présente des symptômes - d'hyperactivation neurovégétative, c'est-à-dire des difficultés de concentration et un état d'alerte constant (critères D) (tableau 1). À la suite de cette évaluation, vous précisez à Madame Gagnon

que ses symptômes sont des réactions normales consécutives à l'événement qu'elle a vécu au restaurant. Ensuite, vous l'encouragez à parler du traumatisme à sa famille et à ses amis et vous lui redonnez rendez-vous la semaine suivante pour évaluer l'évolution de ses symptômes.

### Les stratégies de psychoéducation

Bien comprendre le TSPT pour bien l'expliquer à la victime

Selon le modèle comportemental classique du TSPT, les symptômes post-traumatiques découlent de trois mécanismes :

**Le conditionnement classique aversif.** Ce type de conditionnement explique pourquoi les bruits, les objets, les odeurs, les cognitions et les sensations physiques (stimuli neutres) qui sont présents lors de l'événement traumatisant (stimulus inconditionnel) acquièrent les propriétés aversives de l'événement. En fait, les stimuli neutres présents lors de l'événement deviennent des stimuli conditionnels. Leur seule présence provoquera subséquemment une réponse anxieuse similaire à celle provoquée par l'événement traumatisant original, soit de la détresse, de la peur, de l'anxiété, etc. Ce mécanisme fera en sorte que de plus en plus d'éléments provoqueront des réactions de détresse et il est à la base des symptômes post-traumatiques.

Ainsi, ce mécanisme pourrait expliquer pourquoi Madame Gagnon tressaille quand elle entend des bruits imprévisibles, pourquoi elle est très anxieuse quand elle entend quelqu'un crier et pourquoi elle est incapable de remettre les pieds à son travail parce qu'elle est terrorisée.

# Le trouble de stress post-traumatique

Tableau 1

Le diagnostic du TSPT selon la quatrième édition du *Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales*

## A. Exposition à un événement traumatique

Pour diagnostiquer un TSPT, la victime doit avoir été exposée à un événement traumatique au cours duquel :

- Elle a été victime ou témoin d'un événement qui a impliqué une mort, une menace de mort, des blessures graves ou une menace à son intégrité physique ou à celle d'autrui.
- Elle a réagi par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

## B. Reviviscences du traumatisme (au moins un symptôme)

L'événement traumatique est revécu de façon persistante

- La victime a des souvenirs répétitifs ou des rêves perturbants de l'événement.
- Elle peut vivre des *flashbacks* de l'événement.
- Elle ressent beaucoup de détresse ou d'anxiété lorsqu'elle est en présence d'éléments internes ou externes ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.

## C. Évitement et émoussement de la réactivité générale (au moins trois symptômes)

La victime évite de façon persistante les éléments associés au traumatisme et elle ressent un émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme)

- Elle fait des efforts pour éviter les pensées, les sentiments, les activités, les endroits, les gens ou les conversations qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
- Elle peut être incapable de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.
- Elle ressent une réduction nette d'intérêt pour des activités importantes.
- Elle se sent détachée, a l'impression qu'elle est incapable de ressentir des émotions ou a l'impression de ne pas avoir d'avenir.

## D. Activation neurovégétative (au moins deux symptômes)

La présence de symptômes persistants traduit une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme)

- Difficultés d'endormissement
- Irritabilité
- Difficultés de concentration
- Hypervigilance
- Réaction de sursaut exagérée

## E. Durée de plus d'un mois

La perturbation (les symptômes des critères B, C et D) dure depuis plus d'un mois.

## F. Détresse importante

La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Adapté de la référence 1.

---

## Le trouble de stress post-traumatique

**Le renforcement négatif.** Ce mécanisme renforce les comportements d'évitement des stimuli conditionnels aversifs (critère C). L'évitement est très soulageant et est renforcé parce qu'il diminue l'anxiété. Ainsi, tous les comportements incompatibles avec l'anxiété seront répétés. Cet évitement renforcera le conditionnement et empêchera l'intégration émotionnelle de l'événement. Il est grandement responsable des symptômes post-traumatiques.

Le renforcement négatif expliquera pourquoi Madame Gagnon ne sort plus de chez elle : elle se sent tellement anxieuse lorsqu'elle voit des hommes qui ressemblent aux agresseurs (conditionnement classique) qu'elle préfère s'isoler pour ne pas ressentir cette anxiété. Il expliquera aussi pourquoi elle ne veut pas parler de l'événement à son entourage et ne regarde plus la télévision pour ne plus voir de violence. Ce mécanisme peut aussi favoriser et renforcer certains comportements qui diminuent l'anxiété, tel l'abus d'alcool.

### Comment faire de la psychoéducation sur le TSPT?

Expliquer à la victime ce qu'elle vit est en soit une stratégie thérapeutique. Pour ce faire, choisissez le bon moment, soyez concis, simple, accessible, donnez des exemples et des images concrètes. Enfin, vérifiez la compréhension de la victime et sa réaction à l'information que vous lui avez transmise.

### Expliquer le TSPT à la victime

La victime a souvent l'impression que ce qu'elle vit est exceptionnel et « anormal ». D'abord, décrivez-lui ce que sont les symptômes du TSPT. Pour ce faire, présentez les divers symptômes post-traumatiques sous une forme « adaptative », plutôt que comme un signe de « maladie » puisque les symptômes post-traumatiques indiquent que la vic-

time essaie d'intégrer ce qu'elle a vécu. En fait, ce sont souvent des « réactions normales à un événement anormal ». La démarche thérapeutique psychologique facilitera cette tendance naturelle et contrera le maintien des symptômes.

Parallèlement, il est important d'expliquer à la victime pourquoi elle vit de tels symptômes et comment se développe le TSPT. Faites référence aux mécanismes de conditionnement et de renforcement négatif décrits plus haut et utilisez des images afin de l'aider à mieux comprendre à quoi servent ses symptômes.

Enfin, donnez-lui le texte explicatif inséré à la fin de cet article (*le Feuillet d'information aux patients*).

Lors de son prochain rendez-vous, vous constatez que les symptômes de Madame Gagnon n'ont pas diminué et qu'ils ont même empiré : elle ne dort maintenant que très peu, fait des cauchemars sur l'agression, évite plusieurs situations sociales, se sent sans intérêt et détachée des autres. Elle a l'impression d'être anormale et « faible » et se demande quelquefois si elle n'est pas en train de devenir folle. Elle a honte de ce qu'elle vit et s'isole de sa famille et de ses amis. Vous expliquez à Madame Gagnon que ses symptômes sont des « réactions qui se produiraient chez presque tout le monde qui aurait vécu la même chose qu'elle ». Vous lui présentez les trois types de symptômes du TSPT suivants et lui expliquez leur fonction. Ainsi, *ses souvenirs de l'événement et ses cauchemars* sont des signes que l'événement traumatique est tellement exceptionnel qu'il n'a pas pu être automatiquement « digéré » par son organisme. Madame Gagnon tente de comprendre ce qui s'est passé. Or, y penser fait remonter les images dérangeantes de l'événement : ce sont les reviviscences. Ces reviviscences indiquent que son organisme tente de comprendre ce qui s'est passé et essaie de l'assimiler, de le « digérer ». Par ailleurs, *ses*

---

## Le trouble de stress post-traumatique

*comportements d'évitement* indiquent que tous les éléments qui étaient présents lors de l'événement (odeurs, bruits, objets, endroits) deviennent associés à de la détresse et de l'anxiété. Aussi, des cris ou des bruits soudains déclencheront un stress tellement désagréable que Madame Gagnon évitera le plus possible d'être en contact avec ces éléments pour ne pas ressentir de détresse. Enfin, *ses difficultés à dormir, son irritabilité, ses difficultés de concentration et ses sensations d'être constamment en état d'alerte* constituent des mécanismes de protection exagérés pour tenter de prévenir une autre agression, un autre événement traumatique.

### La description du traitement psychologique

#### Résumé des étapes du traitement psychologique

Tout comme chaque victime est unique, chaque démarche thérapeutique est unique. Cependant, certaines étapes se retrouvent dans la majorité des thérapies cognitivo-comportementales pour le TSPT.

D'abord, le thérapeute donnera davantage d'information sur le TSPT à la victime et sur le rôle spécifique de ses symptômes. Ensuite, les émotions qui accompagnent l'expérience du traumatisme seront explorées et travaillées : colère, révolte, peur, honte, culpabilité, amertume, perte de confiance, etc. Des stratégies de restructuration cognitive seront ensuite utilisées pour identifier et assouplir certaines interprétations de ses réactions ou des causes de l'événement qui contribuent aux symptômes post-traumatiques. Ensuite, des stratégies de relaxation et de respiration seront entreprises afin d'aider la victime à mieux gérer les tensions qui découlent des sou-



Elle a l'impression d'être anormale et « faible » et se demande quelquefois si elle n'est pas en train de devenir folle. Elle a honte de ce qu'elle vit et s'isole de sa famille et de ses amis. Vous expliquez à Madame Gagnon que ses symptômes sont des « réactions qui se produiraient chez presque tout le monde qui aurait vécu la même chose qu'elle ».

venirs de l'événement et à diminuer ses symptômes d'hyperactivation. Afin d'aider la victime à réappivoiser les éléments (odeurs, situations, bruits) qui sont associés au traumatisme, des stratégies d'exposition *in vivo* seront utilisées. Ces stratégies permettront de diminuer les symptômes d'évitement post-traumatique, de diminuer les réactions physiologiques et de détresse en

---

## Le trouble de stress post-traumatique

présence d'éléments associés au traumatisme et de favoriser la reprise des activités évitées. Enfin, des stratégies d'exposition prolongée en imagination favoriseront la « digestion émotionnelle » du traumatisme et permettront de diminuer les réactions aux souvenirs post-traumatiques (pour de l'information plus précise sur ces stratégies, consultez les articles de Bouthillier, G, Savard, P, Brillon, P et Dugas, M : La thérapie cognitivo-comportementale (première et deuxième partie). *Le Clinicien* 16(8 et 9) 2001).<sup>7,8,9,11</sup>

### Est-ce que je me charge du traitement psychologique?

À moins que vous n'ayez suivi une formation spécifique approfondie en thérapie cognitivo-comportementale et que vous n'ayez déjà eu des victimes en traitement psychologique, tandis que vous étiez supervisés : la réponse est non. Le TSPT étant un des troubles anxieux les plus complexes et difficiles à traiter, nous ne recommandons pas à un professionnel possédant peu d'expérience avec ce type de trouble de traiter une victime sans formation élaborée spécifique et sans supervision. Malgré de bonnes intentions louables, entreprendre un traitement avec ce genre de patient peut nuire davantage qu'aider et peut rendre le traitement psychologique ultérieur plus long et difficile. Les stratégies de restructuration cognitive ou d'exposition ont été démontrées par des études scientifiques comme vraiment efficaces pour diminuer les symptômes post-traumatiques.<sup>8,9,12</sup> Cependant, dans des mains inexpérimentées et avec des victimes particulièrement fragiles, ces stratégies peuvent être particulièrement néfastes.

Parallèlement, un minimum de 20 rencontres d'au moins 50 minutes, à raison d'une rencontre par semaine, sont essentielles pour ce genre de démarche, ce qui constitue un cadre souvent irréaliste dans un contexte médical.

### À qui adresser la victime pour un traitement psychologique?

Adressez la victime à un psychologue ou à un psychiatre d'expérience dans le traitement du TSPT. Certains se spécialisent avec ce type de clientèle et collaborent régulièrement avec des organismes comme l'Indemnisation aux victimes d'actes criminels, la Société de l'assurance automobile du Québec ou la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec. La grande majorité des victimes peut recevoir des traitements psychologiques qui sont couverts par ces organismes et qui sont donc complètement gratuits, même avec des professionnels œuvrant en pratique privée. Parallèlement, vous pouvez diriger votre patient vers des cliniques de psychiatrie spécialisées dans les troubles anxieux et dans le traitement du TSPT.

Le traitement cognitivo-comportemental du TSPT a été largement testé dans la littérature médicale et plusieurs données permettent d'étoffer son efficacité. Cependant, d'autres approches existent et peuvent aussi être utiles pour les victimes. Si vous ne connaissez pas le thérapeute cognitivo-comportemental spécialisé dans le traitement du TSPT le plus près de votre lieu de pratique, vous pouvez consulter gratuitement le service de référence de l'Ordre des psychologues du Québec au numéro de téléphone suivant : (514) 738-1881.



---

## Le trouble de stress post-traumatique

L'état du patient que j'ai adressé en thérapie ne s'améliore pas, qu'est-ce que je fais?

Vous avez adressé votre patient à un thérapeute et le traitement vous semble long? Sachez que le TSPT est un des troubles anxieux les plus difficiles à traiter. La démarche thérapeutique peut être compliquée par la présence de troubles comorbides (autres troubles anxieux, trouble dépressif, trouble de personnalité grave sur l'axe 2, traumatismes antérieurs, abus d'alcool et de drogues ou dépendance à ces substances). De plus, la victime peut avoir vécu de multiples polytraumatismes au cours de sa vie ou de graves traumatismes durant son enfance, ce qui compliquera sa démarche. La fragilité de la victime (état de crise, rupture conjugale, procédures juridiques et légales, stress financier, etc.) peut aussi rendre sa thérapie très complexe.

N'hésitez pas à appeler le thérapeute pour discuter avec lui de l'évolution de la victime et demandez-lui en quoi vous pouvez faciliter le traitement. La collaboration entre professionnels est souvent un gage important de succès thérapeutique.

### Et le retour au travail?

Déterminer le moment du retour au travail est un moment délicat dans le processus thérapeutique. Il est souvent essentiel de ne pas le prévoir trop tôt pour ne pas provoquer une rechute, ni trop tard pour ne pas favoriser ou maintenir l'évitement. C'est un des moments où la collaboration entre l'omnipraticien et le thérapeute est cruciale et particulièrement aidante pour la victime.

Il est souvent très utile de prévoir un retour au travail progressif; d'abord à 2 jours non consécutifs par semaine pendant 2 semaines, puis 3 jours non consécutifs par semaine pendant 2 semaines, ensuite 4 jours par semaine (lundi, mardi et jeudi, vendredi)



avant de recommencer à travailler 5 jours par semaine.

Le retour au travail est souvent difficile pour la victime dans les premières semaines; il est d'autant plus important de bien le doser. Il est plus profitable et rentable à long terme de le prévoir très graduel (allonger l'étape de trois jours de travail par semaine, par exemple) que de le précipiter et de provoquer une rechute des symptômes.

Parce que Madame Gagnon présente des symptômes post-traumatiques de plus en plus importants, vous décidez de la diriger vers un professionnel spécialisé dans le TSPT. Vous pouvez alors l'adresser à un psychologue ou à un psychiatre d'expérience

---

## Le trouble de stress post-traumatique

dans le traitement du TSPT ou bien à une clinique de psychiatrie spécialisée dans les troubles anxieux et le traitement du TSPT. Si la demande de consultation est impossible ou que Madame Gagnon refuse un traitement psychologique, un inhibiteur du recaptage de la sérotonine (ISRS) pourrait être prescrit.

### Le traitement pharmacologique du TSPT

La médication vise principalement à réduire les symptômes lorsqu'ils sont trop importants. Elle facilite ainsi la psychothérapie, car elle peut permettre de traiter un état comorbide comme une dépres-

sion majeure, faciliter la diminution des symptômes d'hyperactivation ou d'émoussement (perturbation du sommeil, diminution de la concentration, perte d'intérêt) ou représenter un traitement alternatif lorsque la thérapie cognitivo-comportementale n'est absolument pas disponible. Il est cependant important de noter que la médication ne guérit pas le TSPT.

Des études à double insu soutiennent l'efficacité des ISRS dans le traitement du TSPT.<sup>6,7</sup> La néfazodone et la venlafaxine semblent également utilisées par les cliniciens, quoique leur efficacité ne soit pas encore documentée par des essais cliniques.<sup>8</sup>

---

---

## Le trouble de stress post-traumatique

Aucune étude ne soutient l'efficacité des benzodiazépines dans le traitement du TSPT. Au contraire, certaines données suggèrent que l'état clinique des patients souffrant de TSPT peut même se détériorer avec celles-ci, affectant leur capacité d'apprentissage et causant des symptômes de retrait, comme l'anxiété aux benzodiazépines.

Un consensus d'expert recommande donc les ISRS comme traitement pharmacologique de choix pour le TSPT.<sup>6</sup> Il est important de noter que le traitement à privilégier est cependant la thérapie cognitivo-comportementale. La médication devrait être débutée à une faible dose et augmenter aux doses effi-


caces dans le trouble de la dépression. Un essai devrait durer environ trois mois. Si la réponse est insatisfaisante, la médication peut alors être augmentée. S'il n'y a pas d'amélioration substantielle après cette période, le patient devrait être adressé à un spécialiste du TSPT pour une réévaluation. La demande de consultation pourrait être faite encore plus rapidement si la condition du patient est grave ou conjointe à d'autres troubles psychiatriques. Une médication efficace devrait être poursuivie pendant 12 mois ou plus, selon la gravité et la durée antérieure du TSPT.

On considère que quatre nuits de sommeil perturbé constituent un indicateur que le patient nécessite

---

## Le trouble de stress post-traumatique

un soulagement symptomatique. Évitez alors les benzodiazépines et utilisez plutôt des hypnotiques comme la zopiclone.

En conclusion, le TSPT est un trouble anxieux affligeant, courant et malheureusement trop souvent mal diagnostiqué. Les omnipraticiens peuvent aider les victimes d'abord et surtout en connaissant mieux les symptômes et les caractéristiques de ce trouble. La psychoéducation est ensuite une stratégie particulièrement aidante et réconfortante pour les victimes et peut contribuer à diminuer la détresse et la peur de ces symptômes. Comme ce trouble se « guérit » rarement par lui-même ou par une seule médication, bien orienter la victime et collaborer au traitement psychologique est particulièrement utile. Enfin, bien prescrire une médication est important afin de traiter une dépression comorbide, de diminuer les symptômes d'anxiété et d'hyperactivation trop désagréables ou de faciliter le traitement psychologique. Il reste que le TSPT est un des troubles anxieux les plus complexes à traiter. Par contre, les traitements cognitivo-comportementaux ont fait leurs preuves et la recherche a démontré leur efficacité à diminuer de façon significative les symptômes post-traumatiques. 

### Références :

1. Kessler, RC, Sonnega, A, Bromet, E, et coll. : Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52:1048, 1995.
2. Breslau, N, Davis, GC, Andreski, P : Traumatic events and posttraumatic stress disorders in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 48:216, 1991.
3. Breslau, N et coll. : Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Arch Gen Psychiatry* 55:626, 1998.
4. Breslau, N, Davis, GC : Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: Risk factors for chronicity. *Am J Psychiatry* 149:671, 1992.
5. Helzer, JE, Robins, LN, McEvoy, L : Post-traumatic stress disorder in the general population. *N Engl J Med* 317:1630, 1987.
6. Ballenger, JC et coll. : Consensus statement on Posttraumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 61:60, 2000.
7. Davidson, JRT, Rothbaum, BO, van der Kolk, BA, et coll. : Multicenter, double-blind comparison of sertraline and placebo in the treatment of Posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 58:485, 2001.
8. Foa, EB, Davidson, JRT, Frances, A : Treatment of posttraumatic stress disorder. The expert consensus guidelines series. *J Clin Psychiatry*, 1999.

### Lectures suggérées :

#### Diagnostic

1. American Psychiatric Association : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Quatrième édition. American Psychiatric Association, Washington, 1994.

#### Caractéristiques cliniques :

2. Brillon, P, Marchand, A : Survivre à une agression sexuelle : Symptomatologie post-traumatique et dépressive. *Revue québécoise de psychologie* 18(3):125, 1997.

#### Modèles théoriques :

3. Brillon, P, Marchand, A, Stephenson, R : Conceptualisation étiologique du trouble de stress post-traumatique : Description et analyse critique. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive* 1:1, 1996.
4. Foa, EB, Steketee, G, Rothbaum, BO : Behavioral-cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. *Behav Ther* 20:155, 1989.

#### Instruments :

5. Brillon, P : Instruments d'évaluation des troubles anxieux : Caractéristiques et usage. Les Presses de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Montréal, 2001, 40 p.

#### Information sur le traitement :

6. Association des troubles anxieux du Québec : Trouble de stress post-traumatique : un problème sous-évalué et sous-traité. Première édition. Consensus Association des troubles anxieux du Québec, 2000.
7. Brillon, P : Diagnostic et traitement cognitivo-comportemental du TSPT : Guide de Pratique. Les Presses de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Montréal, 2001, 50 p.
8. Foa, EB, Steketee, G, Rothbaum, BO : Treating the trauma of rape : Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD. Guilford Press, New York, 1998, 286 p.
9. Foa, EB, Keane, TM, Friedman, MJ : Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. Guilford Press, New York, 2000, 388 p.
10. Leahy, RL, Holland, SJ : Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. Guilford Press, 2000.
11. Marchand, A, Brillon, P : Le Trouble de Stress Post-Traumatique. Dans : R, Ladouceur, A, Marchand : Les troubles anxieux : Approche cognitive et comportementale. Gaëtan Morin, Montréal, 1999, 388 p.
12. Resick, PA, Schnicke, MK : Cognitive processing therapy for rape victims. Sage Publications, Newbury Park, 1993, 178 p.