



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UECP 16 : Psychiatrie générale de l'adulte

Trouble de stress post-traumatique

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par Peral Marie à partir du cours du Dr BELLOC Alice présenté le 19 mars 2024.

Trouble de stress post-traumatique

Il faut savoir distinguer les troubles de stress aigu (TSA) des troubles de stress post-traumatiques (TSPT).

I. Introduction

Évènement traumatique	Exposition
<ul style="list-style-type: none">- Menace de mort- Trouver la mort- Subir des violences physiques- Subir des violences sexuelles	<ul style="list-style-type: none">- Victime directe- Témoin direct- Évènement subi par une personne proche : famille, amis- Exposition répétée dans un cadre professionnel : pompiers, policiers, soignants

II. Sémiologie

On parle de trouble de stress post-traumatique si, à la suite d'un évènement traumatique, on observe chez le patient : un syndrome de répétition, un syndrome d'évitement, une hyperactivation neurovégétative, des altérations négatives des cognitions et de l'humeur. Les troubles de stress post-traumatiques arrivent forcément après l'exposition à un évènement traumatique.

III. Cas clinique

Patiente de 35 ans qui a été témoin directe d'un accident d'escalade de son mari => blessures graves avec perte de connaissance et polytraumatismes.

a) Syndrome de répétition

La patiente revoit dans la journée des images de la chute de son mari, rêve la nuit du visage ensanglanté de son mari.

=> Reviviscences : répétition involontaire et pénible de certains aspects sensoriels et émotionnels (sons, humeurs, paysage...) de l'expérience traumatique. Elles sont diurnes ou nocturnes (cauchemars). Ce sont des souvenirs qui reviennent de façon involontaire.

=> Flash-backs : épisodes dissociatifs au cours desquels le patient agit ou se sent comme si l'évènement traumatique se produisait, il y a donc une perte de contact avec la réalité pendant quelques secondes/ minutes.

b) Syndrome d'évitement

La patiente évite les salles d'escalade ou les personnes pratiquant l'escalade.

=> Evitement des stimuli externes liés à l'évènement traumatique comme des personnes, des lieux, des situations associées ou ressemblant à l'évènement.

La patiente allume la télévision pour éviter de penser à l'évènement.

=> Evitement des stimuli internes liés à l'évènement traumatique comme les souvenirs, les pensées, les émotions en rapport avec l'évènement.

c) Hyperactivation neurovégétative

La patiente est devenue hyper attentive en voiture, sursaute au moindre bruit.

=> Troubles du sommeil : difficultés d'endormissement et réveils nocturnes.

=> Irritabilité : tout devient insupportable (bruit, gens, situations quotidiennes) car l'état d'hyper-attention fatigue les patients.

=> Hypervigilance : état d'alarme permanent afin de détecter de nouvelles menaces.

d) Altérations négatives des cognitions et de l'humeur

« *Tout est de ma faute, il ne serait pas tombé si j'avais fait mon relais à un autre endroit* »

=> Distorsions cognitives négatives concernant cause ou conséquences de l'événement avec culpabilité, blâme d'autres personnes ou le monde en général.

=> Amnésie traumatique : incapacité à se rappeler un aspect important de l'événement (lié à la charge émotionnelle de l'événement).

=> Humeur : incapacité à éprouver des émotions positives, détachement vis-à-vis d'autrui, désinvestissement.

Cet aspect du TSPT peut faire le lit d'un état de dépression caractérisé.

IV. Epidémiologie et facteurs de risques

La prévalence des troubles de stress post-traumatique sur la vie entière est de 5 à 10%. Après une exposition à un événement traumatisant il y a 10% de risque de développer un TSPT, sachant que ce risque est majoré en cas de viol, survivant de combats, détention militaire, génocide, internement ethnique ou politique. Néanmoins, il faut bien noter que l'exposition à un événement traumatisé n'entraîne pas systématiquement un TSPT.

Il existe des facteurs de vulnérabilité qui amènent plus facilement au TSPT : la génétique, les caractéristiques de l'événement, le sexe féminin, les antécédents de troubles psychiatriques et d'exposition à d'autres événements traumatiques, le faible niveau socio-économique et la faible qualité du soutien social.

V. Pronostic et évolution

Quand il s'agit d'un trouble du stress aigu, la durée des symptômes est inférieure à un mois. En revanche, lors d'un trouble de stress post-traumatique, la durée des symptômes est supérieure à un mois. Dans ce cas, il y a 50% de chance de rémission complète en 3 mois, 50% de risque d'évolution plus longue, une augmentation du risque suicidaire ainsi que diverses complications telles que des épisodes dépressifs caractérisés ou bien des addictions.

VI. Prise en charge

En première intention, la prise en charge sera la psychothérapie avec la gestion de l'anxiété et la limitation des comportements d'évitements afin qu'il n'y ait pas d'impact dans la vie sociale des patients. On utilise alors différentes méthodes, telles que des thérapies cognitive-comportementales (TCC) ou des Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

La prise de médicaments n'est pas systématique, elle se fait si les symptômes sont sévères ou chroniques avec des antidépresseurs de type inhibiteur de la recapture de la sérotonine (ISRS).

Une aide sociale et juridique peut être mise en place grâce à des associations spécialisées et des groupes d'entraide.