



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

Février 2010

Révisé en septembre 2015

préparé par le

D^{re} Diane Whitney, M.D., FRCPC,
détentrice d'un certificat de spécialiste en stress post-traumatique

Professeure adjointe de psychiatrie, École de médecine du Nord
de l'Ontario et 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. Sa clientèle se compose de militaires, d'anciens combattants, d'ambulanciers paramédicaux et de policiers appartenant entre autres à la Police provinciale de l'Ontario et au service de police de la cité de Thunder Bay. 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 individuelle et de groupe. Elle agit aussi à titre de psychiatre consultante de l'équipe d'évaluation et d'intervention rapide de la filiale de Lambton Kent de l'Association canadienne pour la santé mentale.

La D^{re} Whitney s'est enrôlée dans l'armée en 1985 dans le cadre du Programme d'instruction à l'intention des médecins militaires. Elle a été affectée à la base des Forces canadiennes Baden en Allemagne de l'Ouest en 1989. 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. Ses activités étaient alors axées sur le traitement de l'anxiété liée aux traumatismes de guerre ainsi qu'aux armes chimiques et biologiques.

Avant de s'installer à Thunder Bay, la D^{re} Whitney était directrice clinique du Programme à l'intention des femmes du Centre de toxicomanie et de santé mentale à Toronto (CAMH). Ce programme visait le traitement de troubles complexes d'humeur et d'anxiété, habituellement auprès de femmes ayant des antécédents d'expériences interpersonnelles traumatisantes dans l'enfance ou l'âge adulte, ou les deux. Elle a aussi été vice-présidente des affaires médicales pendant un certain temps à CAMH.

La D^{re} Whitney est professeure adjointe à l'École de médecine du Nord de l'Ontario et à l'Université de Toronto ainsi que professeure auxiliaire à l'Université Western. Elle est directrice de site du programme de résidence de l'École de médecine du Nord de l'Ontario à Thunder Bay. 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 broser 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 reflètent pas nécessairement le point de vue du Tribunal. Les décideurs du Tribunal peuvent tenir compte des renseignements contenus dans les documents de travail médicaux et s'appuyer sur ceux-ci, mais le Tribunal n'est pas lié par les opinions exprimées dans ces documents. Chaque décision du Tribunal doit être fondée sur les faits entourant le cas particulier visé. Les décideurs du Tribunal reconnaissent que les parties à un appel peuvent toujours s'appuyer sur un document de travail médical, s'en servir pour établir une distinction ou le contester à l'aide d'autres éléments de preuve. Voir *Kamara c. Ontario (Workplace Safety and Insurance Appeals Tribunal)* [2009] O.J. No. 2080 (Ont Div Court).

Traduit de l'anglais par *Language Marketplace Inc.*

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

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 et aux accidents de véhicules automobiles. Les séquelles de violence sexuelle ou physique sur enfant sont aussi considérées comme une forme de TSPT appelée « trouble de stress post-traumatique complexe ». Le TSPT complexe s'entend des suites de traumatismes répétitifs sur enfant qui ont eu des répercussions sur le développement de la personnalité, les relations interpersonnelles et la régulation de l'affect (perturbation de l'aptitude à gérer les émotions) persistant à l'âge adulte. La violence faite aux enfants est un important facteur de risque de TSPT lié aux traumatismes à l'âge adulte. Le TSPT est souvent associé à la toxicomanie, à la dépression, aux difficultés dans les relations interpersonnelles et aux comportements autodestructeurs.

Définition du TSPT selon la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (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 du DSM-5 sont exposés ci-dessous.

Traumatisme – Critère A : Facteur de stress

Exposition à la mort, à des blessures graves ou à la violence sexuelle, réelle ou potentielle (**une occurrence exigée**) :

1. Vivre l'événement.
2. Être témoin de l'événement.
3. Apprendre le vécu de l'événement par un proche ou un ami. S'il y a eu mort ou 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.

Les trois groupes du *Manuel diagnostique et statistique IV* (DSM-IV) sont répartis en quatre groupes dans le DSM-5, comme indiqué ci-dessous. Ce changement s'est révélé justifié à la suite d'analyses factorielles, et il faut maintenant constater un symptôme d'évitement pour poser un diagnostic de TSPT.

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.

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, 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. La sous-catégorie dissociative est nouvelle. 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.

Conséquences des révisions dans le DSM-5

Selon l'analyse des critères du DSM-5, il ne devrait pas y avoir de changement dans la prévalence du TSPT comparativement à ce qu'elle était avec le DSM-IV. Le seul élément retiré de la catégorie des facteurs de stress dans le DSM-5 est le décès d'un proche de causes naturelles, et cela pourrait influencer sur la prévalence du TSPT. Comme c'était le cas à l'usage du DSM-IV, la prévalence du TSPT devrait être plus élevée chez les femmes que chez les hommes ainsi qu'à la suite d'événements traumatisants multiples. (TSPT : National Center for PTSD 2014)

Trouble de stress aigu

Avant le DSM-IV, il n'existait ni entité diagnostique ni 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. En ce qui concerne le trouble de stress aigu, les symptômes apparaissent et 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 cerner les interventions adaptées au trouble de stress aigu pouvant réduire le risque de TSPT. La séance de verbalisation du stress dû à

un incident critique habituellement offerte à la suite d'un traumatisme important sur les lieux du travail est plus ou moins bénéfique. Certaines études semblent indiquer qu'elle peut être nuisible dans certaines circonstances, en particulier si sa prestation est retardée. Pour certains, la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme est l'intervention appropriée pendant la période suivant immédiatement le traumatisme.

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. Les données pour le Canada sont limitées, et une étude indique une prévalence sur un mois de 2,7 % chez les femmes et de 1,2 % chez les hommes (Stein 1997). 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. Le risque de TSPT par suite d'une exposition à un traumatisme (risque conditionnel) serait de 10 à 25 %. Les types de traumatismes présentent certaines 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. Les traumatismes multiples sont fréquents, et le risque de TSPT augmente exponentiellement en présence de traumatismes ou d'épreuves multiples au cours de la vie (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. Une étude menée par Xian et autres en 2000 à partir d'un registre de jumeaux datant de l'époque de la guerre du Vietnam indique que 35,5 % de l'écart relatif à l'apparition du TSPT pourrait être attribué à des facteurs d'ordre génétique. 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. Une telle constatation pourrait faciliter le repérage des sujets à risque et le recours à des interventions pour réduire ce risque (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 meilleur 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 al 2000). La dissociation péri-traumatique (rupture émotionnelle ou « retrait de la réalité ») permet de prédire un TSPT de plus de six mois et expliquerait environ 30 % de l'écart relatif dans l'intensité des symptômes de TSPT.

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.

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). L'échelle de résilience Connor-Davidson est une échelle d'auto-évaluation de 25 éléments liés à la résilience au sein de laquelle un pointage élevé indique une plus grande résilience (Connor 2006).

Neurobiologie et anomalies du cerveau chez les personnes souffrant du TSPT

Les anomalies morphologiques et fonctionnelles du cerveau 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

La prévalence du diagnostic de TSPT est actuellement remise en question dans les milieux cliniques faisant intervenir du personnel militaire, des situations juridiques et des questions d'indemnisation, en particulier. 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 ou grave était prise en considération dans le diagnostic (Dobbs 2009). Selon Dobbs (2009), 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. Ainsi, certains intervenants estiment que le TSPT fait l'objet d'un surdiagnostic. Par contre, nombre de sujets atteints d'un TSPT ne se présentent pas pour traitement de sorte que ce trouble peut faire l'objet d'un sous-diagnostic dans certaines populations ou situations.

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 six mois en déploiement comparativement à douze pour les soldats états-uniens peut expliquer cette différence. À leur retour de déploiement, les soldats britanniques ont aussi passé plusieurs jours de décompression à Chypre. 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 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 actuellement 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. Selon l'ombudsman de l'Ontario, 23 agents de la police provinciale de l'Ontario se sont suicidés entre 1989 et 2012. Le Tema Center Memorial Trust (www.tema.ca/about.html) est un centre canadien d'éducation, de recherche, de bourses et de formation en matière de blessures de stress opérationnel et de trouble de stress post-traumatique. Selon les registres de cet organisme, le nombre de suicides a été de 27 premiers intervenants pendant la période du 29 avril au 31 décembre 2014 et de 19 militaires pendant l'année 2014.

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.

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 de l'Ontario (CSPAAT) ou du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RAMO). Souvent, 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 plusieurs mois 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 guide d'entretien structuré 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). Un autre outil de dépistage pour fournisseurs de soins primaires est le formulaire simplifié tiré de la liste de symptômes du TSPT – version civile comportant huit éléments sur une échelle de cinq points. Malheureusement, les outils de dépistage du TSPT ne sont pas encore utilisés dans le cadre des soins primaires.

Nombre de 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 traumatisme Davidson est un questionnaire autoadministré de 17 questions prenant donc moins de temps. Cette échelle, qui mesure la gravité et la fréquence des trois groupes de symptômes du DSM-IV, tend à

détecter l'effet du traitement. 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 des suites de traumatismes ou 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 de 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. Selon une étude auprès de travailleurs blessés atteints de douleur chronique et touchant des prestations d'invalidité, 34 % auraient déclaré des symptômes propres au TSPT, tandis que 18 % auraient déclaré des symptômes compatibles avec un TSPT partiel (Asmundson 1998).

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 par Judith Herman, Christine Courtois et Frank Chu. Ces auteurs insistent 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. Il existe des directives thérapeutiques pour le TSPT, notamment celles de l'Expert Consensus (Journal of Clinical Psychiatry) et celles de l'International Society of Traumatic Stress (ISTSS). Comme elles n'ont pas été diffusées à grande échelle au Canada, elles sont connues seulement des spécialistes en traumatologie.

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. 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 controversé conçu par la Dre 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. Des recherches supplémentaires devraient préciser le rôle et l'efficacité de l'EDMR.

La verbalisation psychologique, une séance psychopédagogique de soutien proposée 24 à 48 heures après le traumatisme, a été adoptée à grande échelle. Elle vise à normaliser la réaction au traumatisme et à favoriser l'utilisation de techniques d'adaptation appropriées. Cependant, les publications récentes s'interrogent sur l'efficacité de cette intervention, et certaines études indiquent qu'elle peut en réalité nuire à certains sujets, par exemple accroître le risque de TSPT dans certains cas. Des études sont en cours pour tenter de préciser si la verbalisation est utile ou nuisible et, quand elle est pertinente, qui devrait y avoir recours.

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. C'est sur le groupe de symptômes d'évitement que ces inhibiteurs agissent le moins. La paroxétine (Paxil) est le seul inhibiteur de recaptage au Canada désigné officiellement pour le traitement du TSPT. Des études ont montré une amélioration des symptômes en 5 ou 6 semaines avec 20 ou 40 mg/jour de Paroxétine. Aux États-Unis, la sertraline (Zoloft) est le seul inhibiteur à avoir reçu l'approbation de la FDA dans le traitement du TSPT. D'autres inhibiteurs, dont la fluoxétine, la fluvoxamine, le citalopram et l'escitalopram ont fait l'objet d'études non contrôlées démontrant leur efficacité auprès de populations victimes de différents traumatismes. 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. Les agents à inhibiteurs doubles (la noradrénaline et la sérotonine) tels que la venlafaxine et la mirtazapine sembleraient efficaces.

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 régulateurs de l'humeur traditionnels sont utilisés quand le sujet est labile, impulsif ou agressif. Les antipsychotiques atypiques produisent quelques effets bénéfiques sur le sommeil et l'hypervigilance proche de la paranoïa. 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, avec un certain succès au cours des dernières années. Ce médicament permet d'éviter le risque de dépendance associé aux médicaments classiques pour le sommeil comme les benzodiazépines.

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. Enfin, 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. Le site Web www.gifffromwithin.org contient des renseignements de base sur le retour au travail ainsi que des recommandations d'adaptation relatives au TSPT dans les milieux militaires et civils.

Intimidation sur les lieux de travail et le TSPT

L'intimidation est un facteur de stress traumatique prévalant tant à l'école qu'au travail. Elle se produit le plus souvent de façon répétitive et se présente sous forme d'hostilité verbale, de moqueries, de harcèlement, de ridiculisation et d'exclusion sociale. 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 être considérée comme un événement traumatisant 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 subis pendant l'enfance, surtout quand ils sont répétitifs. 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 150 % 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.

Conclusion et dernière observation

Le TSPT est 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 blessures 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 très peu 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, sont aussi utilisés à cette fin. Plus récemment, la prozosine a été utilisée pour traiter les troubles du sommeil liés à un traumatisme ainsi que l'hyperexcitation et l'irritabilité. La thérapie cognitivo-comportementale et, en particulier, la thérapie par exposition s'avèrent efficaces pour traiter le TSPT. Des traitements uniques comme l'EMDR et d'autres agents pharmacologiques sont aussi à l'étude.

Sélection d'ouvrages de référence sur le TSPT

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

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

Asmundson, G.J., G. R. Norton, M.D. Allardings, P.J. Norton et D. K. Larsen (1998) « Posttraumatic stress disorder and work-related injury ». *J Anxiety Disord* 12(1) : 57-69.

Bowman, M.L. (1999) « Individual differences in posttraumatic distress: problems with the DSM-IV model ». *Can J Psychiatry* 44(1) : 21-33.

Breslau, N., R.C. Kessler, H.D. Chilcoat, L.R. Schultz, G.C. Davis, P. Andreski (1998) « Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma ». *Arch Gen Psychiatry* 55 : 626-632.

Brewin, C.R., B. Andrews et J. D. Valentine (2000) « Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults ». *J Clin & Consult Psychology* 68 (5) : 748-66.

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

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

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

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

Foa, E.B. (2000) « Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder ». *J Clin Psychiatry*, (61) : suppl. 5 :43-8.

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

Greenberg, P.E., T. Sisitksy, R.C. Kessler et coll. (1999) « The economic burden of anxiety disorders in the 1990s ». *J Clin Psychiatry* 60(7) 427-35.

Grinker, L. (2015) « Why is the PTSD Rate So Low Among British Veterans? ». *Ochberg Society for Trauma Journalism*. Repéré à <https://www.ochbergsociety.org/why-is-the-ptsd-rate-so-low-among-british-veterans/>

Hong, J. (2013) « In Canada, Paramedics Are the Most Likely to Develop PTSD ». *Vice*, 6 novembre 2013. http://www.vice.com/en_ca/read/canadian-paramedics-are-the-most-likely-citizens-to-develop-ptsd.

Kessler, R.C., A. Sonnega, E. Bromet et coll. (1995) « Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey ». *Arch Gen Psychiatry* 52(12) : 1048-60.

Kung, S., Z. Espinel et M. Lapid (2012) « Treatment of Nightmares with Prazosin: A Systematic Review ». *Mayo Clin Proc.* 87(9) : 890-900.

Meichenbaum, D. (1994) *A Clinical Handbook/Practical Therapist Manual for Assessing and Treating Adults with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)*. Waterloo: Institute Press.

McFarlane, A.C. et R. A. Bryant. (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 (3 janvier, 2014). *DSM-5 Diagnostic Criteria for PTSD Released*.

Nielsen, M.B., T. Tangen, T. Idsoe et coll. (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.

Paris, J. (2000) « Predispositions, personality traits, and posttraumatic stress disorder ». *Harv Rev Psychiatry.* 8(4) : 175-83.

Prins, A., P. Ouimette, R. Kimerling et coll. « The primary care PTSD screen (PC-PTSD): Corrigendum ». *Primary Care Psychiatry.* 9 : 151.

Rosenblum, D., M. William et B.E. Watkins. (1999) *Life after Trauma-A Workbook for Healing*. New York : Guilford Press.

Stein, M.B., J.R. Walker, A.L. Hazen et coll. (1997) « Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey ». *Am J Psychiatry* 154(8) : 1114-9.

Yehuda, R., A.C. McFarlane et A.Y. Shalev. (1998) « Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event ». *Biol Psychiatry* 44(12) : 1305-13.