



ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE: QUEL TYPE DE PSYCHOTHÉRAPIE PROPOSER?

Drs LAURENT MICHAUD^a, KAYOLE KAZADI^a et Pr ISABELLE PEYTREMANN-BRIDEVAUX^b

Rev Med Suisse 2015; 11: 2301

Cette rubrique présente les résultats d'une revue systématique récente telle que publiée dans la *Cochrane Library* (www.thecochranelibrary.com). Volontairement limité à un champ de recherche circonscrit, cet article reflète l'état actuel des connaissances de ce domaine. Il ne s'agit donc pas de recommandations pour guider la prise en charge d'une problématique clinique considérée dans sa globalité (guidelines). Les auteurs de ce résumé se basent sur la revue systématique et ne remettent pas en question le choix des articles inclus dans la revue.

Question clinique

Un requérant d'asile érythréen de 30 ans vous consulte. Lors de son parcours migratoire, il y a deux ans, il a été torturé et a vu mourir des compagnons. Durant la consultation, il décrit des flash-back réguliers et n'arrive plus à se rappeler certains éléments de sa migration. Même dans sa communauté d'origine, il lui arrive de se sentir étranger. Par ailleurs, il sursaute au moindre bruit, ce qui l'épuise, et il pense ne pas pouvoir avoir une vie normale.

Une psychothérapie pourrait-elle aider ce patient?

Contexte

L'état de stress post-traumatique (ESPT) apparaît dans les mois qui suivent un ou plusieurs événements potentiellement traumatiques (EPT) (par exemple, guerre, violences, accidents, chirurgie invasive). Les symptômes comprennent des souvenirs intrusifs, des cauchemars, un évitement et des émotions négatives (par exemple, honte, culpabilité, perte d'espoir, sentiment d'étrangeté), ainsi qu'une hypervigilance. Sous-diagnostiqué et sous-traité, l'ESPT a un impact négatif sur la qualité de vie et le fonctionnement des patients. Sa prévalence en Suisse est de 0,7% (plus élevée dans certaines populations, par exemple, 13% chez les hommes requérants d'asile déboutés).

L'approche psychothérapeutique est centrale dans la prise en charge, un traitement médicamenteux pouvant également être utile. Cette revue (systématique) cherche à actualiser les

connaissances sur l'efficacité des psychothérapies pour le traitement de l'ESPT.

Résultats

Septante essais contrôlés comparatifs, incluant 4761 patients, ont été identifiés. Les traumatismes à l'origine de l'ESPT étaient ponctuels (bagarres, agressions sexuelles, tremblement de terre) ou répétés (guerre, abus sexuels dans l'enfance, détention politique, terrorisme). L'efficacité des thérapies suivantes a été évaluée: thérapie cognitivo-comportementale individuelle, axée ou non sur le traumatisme (TCCT et TCCNT respectivement), «eye movement desensitisation and reprocessing» (EMDR), TCCT de groupe, TCCNT de groupe et les autres thérapies (psychothérapie psychodynamique, thérapie centrée sur la personne, thérapie de soutien et hypnothérapie). Les critères de jugement primaires étaient la réduction de la sévérité des symptômes de l'ESPT et le taux d'abandon de l'étude.

Par rapport au groupe contrôle (prise en charge habituelle):

- toutes les thérapies considérées montraient une meilleure efficacité sur les symptômes d'ESPT à l'exception de la TCCNT de groupe, qui ne présentait pas de résultats pour ce critère de jugement: TCCT: SMD -1,6 (IC 95%: -2,0 à -1,2; 28 essais); EMDR: SMD -1,2 (IC 95%: -2,0 à -0,3; 6 essais); TCCNT: SMD -1,2 (IC 95%: -1,7 à -0,7; 4 essais); TCCT de groupe: SMD -1,3 (IC 95%: -2,2 à -0,3; 3 essais; autres thérapies: SMD -0,6 (IC 95%: -1,0 à -0,2; 3 essais).
- le nombre d'abandons était plus élevé dans les TCCT (RR 1,6; IC 95%: 1,3-2,1; 34 essais). Les comparaisons entre thérapies montraient que:
- la TCCT, la TCCNT et l'EMDR étaient comparables entre elles et semblaient supérieures aux autres thérapies en termes d'amélioration symptomatique.
- Le nombre d'abandons était plus élevé dans les TCCT que dans les autres thérapies lorsqu'elles étaient comparées entre elles (RR 1,4; IC 95%: 1,01-1,9).

Limites

- Hétérogénéité importante des populations étudiées, de la nature de l'EPT, des types de thérapie et des groupes contrôles (par exemple, liste d'attente, thérapie de soutien, intervention minimale).
- Niveau d'expérience des thérapeutes peu considéré dans les analyses.

- Qualité faible à modérée de plusieurs études et absence d'analyse à long terme de l'efficacité des thérapies.

- Grand nombre d'essais sur la TCCT et l'EMDR, ayant pu contribuer favorablement aux résultats sur l'efficacité de ces thérapies.

Conclusions des auteurs

Par rapport à une prise en charge habituelle, les psychothérapies axées ou pas sur le traumatisme réduisent les symptômes de l'ESPT, à l'exception de la TCCNT de groupe. Tandis que les preuves d'efficacité sont bonnes pour la TCCT individuelle et l'EMDR, elles sont plus fragiles pour les autres thérapies étudiées. Certaines psychothérapies connaissent plus d'abandons que la prise en charge habituelle/une liste d'attente. Les résultats de cette revue sont à prendre avec précaution, en particulier en ce qui concerne les comparaisons entre thérapies.

Réponse à la question clinique

En présence d'un ESPT tel que celui présenté par ce patient, une psychothérapie est à recommander, de nombreux modèles ayant montré leur efficacité pour diminuer les symptômes. Bien que les thérapies spécifiques et formalisées aient été les plus étudiées et montrent de meilleurs résultats que les autres thérapies, elles semblent souffrir d'un plus haut taux d'abandon.

Il est important de rappeler que les facteurs d'efficacité les plus significatifs en psychothérapie relèvent de l'expérience et de la qualité du thérapeute et non du type de thérapie. En clinique, on s'appuiera si possible sur les conseils d'un collègue psychiatre et discutera avec le patient du choix de la thérapie.

En complément à la psychothérapie, un traitement pharmacologique par inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine peut être considéré mais n'est pas recommandé de façon isolée. Une prescription de benzodiazépines est par ailleurs à éviter en raison du risque de dépendance et d'allongement du temps de rémission.

Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 12. Art. No.: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub4

Abréviations:

SMD	standardised mean difference
IC 95%	intervalle de confiance de 95%
RR	risque relatif

^a Unité urgences et crise, Service de psychiatrie de liaison, CHUV, Les Allières, Beaumont 23, 1011 Lausanne, ^b Institut de médecine sociale et préventive CHUV et Université de Lausanne et Cochrane Suisse, Route de la Corniche 10, 1010 Lausanne