

Chapitre 9

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Introduction

De tous les troubles anxieux, c'est l'état de stress post-traumatique qui a été le moins étudié. Il existe peu d'études sur l'issue de traitements pharmacologiques ou psychosociaux. Les études cas-témoins sur l'ESPT sont encore plus rares. Qui plus est, il n'existe aucune étude comparative sur l'efficacité des psychothérapies et des traitements médicamenteux. Les chercheurs n'ont pas non plus examiné l'efficacité de traitements mixtes combinant psychothérapie et pharmacothérapie.

Les études cas-témoins qui existent portent essentiellement sur l'administration d'antidépresseurs assortie de thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Parmi les antidépresseurs, la phénelzine et la fluoxétine semblent produire de bons résultats. Parmi les psychothérapies, l'exposition imaginaire, l'entraînement à la relaxation et les techniques cognitives ont été utilisées avec un certain succès. Cependant, il faut souligner qu'il est encore trop tôt pour savoir dans quelle mesure les traitements pharmacologiques et psychologiques sont utiles pour le traitement de l'état de stress post-traumatique. Par ailleurs, une nouvelle technique appelée désensibilisation et reconditionnement à l'aide de mouvements oculaires (DRMO) gagne de plus en plus la faveur des cliniciens et des chercheurs. Après avoir invité le patient à imaginer la scène traumatique, le thérapeute balaie l'image de sa main. Bien que les auteurs de certaines études sans groupe témoin aient conclu à l'utilité de cette technique pour les patients souffrant de l'ESPT ou d'autres troubles, certains critiques attribuent entièrement l'efficacité de cette méthode à l'exposition imaginaire à la scène traumatique, faisant valoir que rien n'indique que l'ESPT donne de meilleurs

résultats que la thérapie d'exposition seule (Herbert et Mueser, 1992; Lilienfeld, 1996; Lohr, Kleinknecht, Tolin et Barrett, 1995).

Études sur les traitements médicamenteux

Nous avons trouvé six études cas-témoins faites sur des échantillons suffisamment nombreux (au moins dix sujets par groupe). Davidson et ses collaborateurs (1990) ont comparé les effets de l'amitriptyline (dose moyenne : 160,7 mg/jour) et d'un placebo dans une étude de huit semaines sur le traitement de 46 anciens combattants qui répondaient aux critères de l'ESPT du DSM-III (diagnostic fondé sur un entretien dirigé). L'amitriptyline s'est avérée supérieure au placebo, d'après quatre des cinq paramètres évalués, pour les 33 patients qui ont suivi le traitement jusqu'à la fin. En règle générale, la comorbidité était associée à un plus grand écart entre les effets de l'amitriptyline et d'un placebo, mais la présence concomitante d'une dépression, d'un trouble panique et d'une surconsommation d'alcool était associée à une issue moins favorable. Après huit semaines, 64 % des sujets traités à l'amitriptyline et 72 % de ceux qui avaient reçu un placebo répondaient toujours aux critères de l'ESPT ; l'écart entre les deux groupes n'était pas significatif. Dans une étude de suivi, Davidson et coll. (1993) ont signalé que les facteurs suivants permettaient de prédire une réponse favorable à la médication (*mais pas au placebo*) : un faible niveau de base de dépression, des traits névrotiques, l'intensité des combats vécus par le sujet, une humeur anxieuse, des difficultés de concentration, des symptômes somatiques, des sentiments de culpabilité et les symptômes caractéristiques de l'ESPT (symptômes envahissants ou d'évitement liés à un traumatisme). Selon les auteurs, ces résultats indiquent un lien spécifique entre l'amitriptyline et les paramètres de dépression, d'ESPT, de trouble de la personnalité, d'anxiété et de traumatisme lié à l'intensité du combat vécu par le sujet.

Dans une étude de huit semaines menée auprès de 60 anciens combattants répondant aux critères diagnostiques de l'ESPT du DSM-III (diagnostic fondé sur un entretien dirigé), Kosten et ses collègues (Frank, Kosten, Giller et Dan, 1988; Kosten, Frank, Dan, McDougle et Giller, 1991) ont comparé l'efficacité de la phénelzine (dose maximale moyenne : 68 mg/jour), de l'imipramine (dose maximale moyenne : 225 mg/jour) et d'un placebo. La phénelzine s'est avérée sensiblement plus efficace que l'imipramine qui, elle, était plus efficace que le placebo. Le pourcentage d'amélioration dans chaque groupe, d'après les résultats obtenus à l'Échelle de l'impact des événements (Impact of Event Scale; Horowitz et coll., 1972), a été de 44 % chez les sujets traités à la phénelzine, de 25 % chez les sujets traités à l'imipramine et de 5 % chez ceux qui avaient reçu un placebo. Dans l'ensemble, il y a eu sensiblement plus de changements dans les résultats obtenus à la sous-échelle Intrusion qu'à la sous-échelle Évitement. Par contre, Shestatzky, Greenberg et Lerer (1988) n'ont trouvé aucune différence significative entre les effets de la phénelzine (dose moyenne : 66 mg/jour) et d'un placebo dans une étude croisée à double insu, d'une durée de quatre semaines, effectuée auprès de 13 patients (dont 10 ont persévéré jusqu'à la fin) ayant fait l'objet d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique fondé sur les critères du DSM-III. Cependant, par rapport à l'étude de Davidson et coll. (1993) décrite ci-dessus, cette étude portait sur un moins grand nombre de participants et la durée du traitement actif était plus courte. De plus, contrairement à l'étude de Davidson et coll., qui ne visait que des anciens combattants, des personnes ayant vécu des expériences traumatisantes diverses figuraient au nombre des patients étudiés par Shestatzky et coll. (1988), ce qui peut avoir accentué la variation à l'intérieur des groupes.

Reist et ses collaborateurs (1989) ont comparé les effets de la désipramine (dose moyenne : 165 mg/jour) et d'un placebo dans une étude croisée à double insu d'une durée de quatre semaines. Ils ont étudié 18 anciens combattants chez qui on avait diagnostiqué l'ESPT à l'issue d'un entretien dirigé, d'après les critères du DSM-III. Bien que l'administration de désipramine ait atténué la

dépression, elle ne s'est pas avérée plus efficace que le placebo pour soulager les symptômes de l'ESPT (ce qui s'explique peut-être par la courte durée du traitement).

En revanche, un traitement de cinq semaines à la fluoxétine (dose moyenne : 40 mg/jour), mais pas le placebo, a entraîné une amélioration significative des symptômes de l'ESPT chez un groupe mixte de 64 patients souffrant de l'ESPT d'après les critères du DSM-III-R (van der Kolk et coll., 1994). Ce sont les symptômes relevant des sous-catégories Détresse émotionnelle et Émoussement qui se sont le plus améliorés. De plus, les patients qui étaient des anciens combattants ont réagi moins favorablement au traitement que les autres.

Sommaire

Très peu d'études contrôlées ont été effectuées sur le sujet et le peu qui a été publié donnait des résultats contradictoires. Dans certaines études, les antidépresseurs (p. ex., l'amitriptyline, la désipramine, la phénelzine) se sont révélés plus efficaces qu'un placebo, mais dans d'autres, on n'a pu relever aucune différence entre les deux.

Études sur les psychothérapies

Études sur des anciens combattants souffrant de l'ESPT

Deux études cas-témoins comportant des échantillons de taille suffisante (au moins dix sujets par groupe) ont été effectuées sur le traitement comportemental de l'ESPT chez des anciens combattants. Keane, Fairbank, Caddell et Zimering (1989) ont réparti au hasard en deux groupes 24 patients chez qui on avait diagnostiqué l'ESPT d'après les critères du DSM-III. Les sujets du premier groupe ont été traités par la submersion émotionnelle (de 14 à 16 séances de thérapie) tandis que ceux du second ont été inscrits sur une liste d'attente fictive (groupe témoin). Dans l'ensemble, la thérapie comportementale a donné des résultats nettement meilleurs que l'absence de traitement (liste d'attente), d'après plusieurs mesures, dont la diminution des reviviscences de l'événement traumatique, de même que de l'anxiété et de la dépression. Le traitement semble cependant avoir peu d'effets sur d'autres symptômes comme l'émoussement de la réactivité et l'évitement social.

Dans la deuxième étude (Jensen, 1994), on a comparé des sujets traités par désensibilisation et reconditionnement à l'aide de mouvements oculaires (DSMO) aux sujets d'un groupe témoin; ces derniers n'ont reçu aucun traitement formel, mais on leur a permis de consulter d'autres thérapeutes s'ils le souhaitaient. Les participants de l'étude répondaient aux critères de l'ESPT du DSM-III-R (diagnostic fondé sur un entretien dirigé). D'une façon générale, la technique DRMO n'a pas entraîné d'amélioration significative des symptômes de l'ESPT, même si elle a atténué l'angoisse ressentie pendant les séances de thérapie.

Autres études sur l'état de stress post-traumatique

Vaughan et ses collaborateurs (1994) ont étudié 36 personnes souffrant de l'ESPT à la suite de différents traumatismes. Le diagnostic se fondait sur les critères du DSM-III-R et avait été fait à l'issue d'un entretien dirigé. Les patients ont été répartis, au hasard, en trois groupes traités selon les méthodes suivantes : 1) exposition imaginaire, 2) désensibilisation et reconditionnement à l'aide de mouvements oculaires et 3) relaxation musculaire appliquée. Environ la moitié des sujets ont été inscrits sur une liste d'attente fictive et constituaient le groupe témoin. Des évaluateurs indépendants ont fait les évaluations avant et après le traitement, de même que lors du suivi effectué trois mois plus tard. L'état des patients s'est amélioré d'après tous les paramètres, et les bienfaits du traitement persistaient au moment du suivi. Les patients du groupe témoin n'ont pas vu leur état s'améliorer. On n'a pas noté de différences significatives entre les groupes, mais les résultats donnent à penser que la technique DRMO permettrait de réduire davantage les souvenirs envahissants immédiatement après le traitement que les autres formes de traitement.

Edna Foa et ses collègues ont publié deux études sur les thérapies cognitivo-comportementales utilisées auprès de femmes présentant l'ESPT après avoir été agressées. Dans la première (Foa, Rothbaum, Riggs et Murdock, 1991), elles ont réparti au hasard 45 femmes en quatre groupes auprès desquels elles ont utilisé les méthodes suivantes : 1) entraînement par inoculation de stress (techniques de relaxation et stratégies cognitives), 2) exposition prolongée, 3) counselling de soutien ou 4) inscription sur une liste d'attente (groupe témoin). À l'issue du traitement et au moment du suivi, on a constaté une amélioration chez toutes les femmes. Cependant, à la fin du traitement, la méthode de l'inoculation de stress était supérieure au counselling et à l'inscription sur la liste d'attente. Au moment du suivi, on a constaté la plus grande amélioration des symptômes de l'ESPT chez les femmes traitées par exposition prolongée. Dans la deuxième étude, menée auprès de 20 victimes d'agressions récentes, Foa, Hearst-Ikeda et Perry (1995) ont comparé l'efficacité de quatre séances de TCC à l'absence de traitement, les femmes du groupe témoin ayant été évaluées, sans plus. Deux mois plus tard, 10 % des sujets traités par la TCC répondaient toujours aux critères de l'ESPT du DSM-III-R, contre 70 % des sujets du groupe témoin. Les évaluations ont été faites par des interviewers indépendants.

Sommaire

Les résultats obtenus par les études sur les TCC sont prometteurs, même s'il y a toujours trop peu d'études contrôlées sérieuses pour conclure que ces thérapies constituent un traitement efficace. De surcroît, aucune des méthodes cognitivo-comportementales ne semble plus efficace que les autres.

Sommaire général et conclusions

On ignore presque tout de l'efficacité des méthodes utilisées pour traiter l'ESPT. Très peu d'études cas-témoins ont été faites sur des traitements médicamenteux, et les rares études publiées ont abouti à des conclusions contradictoires. Certains chercheurs ont conclu que les antidépresseurs (p. ex., l'amitriptyline, la désipramine et la phénelzine) étaient plus efficaces qu'un placebo; d'autres n'ont trouvé aucune différence. Du reste, les études effectuées jusqu'ici sur des traitements médicamenteux présentent diverses lacunes méthodologiques, notamment des échantillons trop petits ou une durée de traitement trop courte.

Dans l'ensemble, les TCC semblent plus prometteuses, même si les études sont encore trop rares pour qu'on puisse conclure à leur efficacité. Qui plus est, aucune des méthodes cognitivo-comportementales ne semble être plus efficace que les autres.

Parmi les secteurs de recherche à approfondir, mentionnons les études contrôlées sur les traitements pharmacologiques et psychologiques, de même que sur leur efficacité relative et combinée.