Traitement du trouble de stress posttraumatique, des blessures de stress opérationnel ou de l'état de stress causé par un incident critique : **Un résumé des lignes directrices sur la pratique clinique**

N'importe qui peut être affecté par un évènement traumatique. Les membres de l'armée ainsi que les premiers intervenants (c.-à-d. les policiers, les pompiers et le personnel des services d'urgence) sont plus souvent témoins de tels évènements puisque les combats intenses, les situations d'urgence et les autres évènements traumatiques font partie de leurs tâches et de leur expérience professionnelle.

Dans le cadre des opérations militaires, les réactions au stress ds membres de l'armée sont aussi connues sous le nom de blessures de stress opérationnel (BSO). L'état de stress causé par un incident critique (ESCIC) désigne les réactions au stress associées à des incidents critiques que vivent souvent le personnel des services d'urgence et les premiers intervenants. Les symptômes des BSO et de l'ESCIC peuvent se manifester sous diverses formes, comme la fatigue, un déficit de concentration et d'attention, la colère, la culpabilité, la dépression, l'anxiété chronique, la consommation excessive d'alcool et d'autres pathologies physiques, cognitives, émotionnelles et comportementales.

Le trouble de stress posttraumatique, aussi connu sous l'acronyme TSPT, est un symptôme courant des BSO et de l'ESCIC. Contrairement aux BSO et à l'ESCIC, qui sont des termes non médicaux pour décrire un groupe de symptômes, le TSPT est un trouble de santé mentale qui peut être diagnostiqué.

L'ACMTS a examiné les lignes directrices cliniques disponibles sur le traitement du TSPT, des BSO et de l'ESCIC[1]. Puisqu'aucune ligne directrice fondée sur des preuves n'a été recensée pour le traitement des patients présentant des BSO ou un ESCIC, les rapports inclus dans cet examen présentent les lignes directrices et les recommandations pour le traitement des personnes présentant un TSPT.

Les groupes qui ont publié des lignes directrices et qui sont inclus dans ce sommaire sont le Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group (CAGIG) (2014)[4], la British Association for Psychopharmacology (BAP) (2014)[3], la US Veterans Health Administration, Department of Defense (VA/DoD) (2010)[5], l' American Academy of Sleep Medicine (AASM) (2010)[6] et la Fédération mondiale des sociétés de psychiatrie biologique (FMSPB) (2008)[7].

Synthèse des recommandations

Options de traitement pharmacologique (prévention et traitement)

Options de traitement psychologique (prévention et traitement)

Options de traitement complémentaire et parallèle (prévention et traitement).

Tableau 1 : Synthèse des recommandations fondées sur des preuves concernant la prévention et le traitement du TSPT

Groupe des lignes directrices sur la pratique clinique	Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group (2014)	British Association for Psychopharmacology (2014)	Organisation mondiale de la Santé (2013)	Veterans Health Administration, Department of Defence (2010)	American Academy of Sleep Medicine (2010)	Fédération mondiale des sociétés de psychiatrie biologique (2008)
Pays	Canada	Royaume-Uni	Organisation mondiale de la Santé	États-Unis	États-Unis	Plusieurs pays
PRÉVENTION						
Traitement pharmacologique	Aucune recommandation	Pour la prévention du TSPT après un traumatisme important : Un traitement préventif par propranolol ou sertraline est recommandé.	Après un évènement traumatique potentiel récent : Les benzodiazépines et les antidépresseurs ne sont pas recommandés. Les benzodiazépines ne sont pas recommandées chez les adultes faisant de l'insomnie.	Après l'exposition à un évènement traumatique : Un traitement pharmacologique n'est pas recommandé.	Aucune recommandation	Aucune recommandation
Traitement psychologique	Aucune recommandation	Pour la prévention du TSPT après un traumatisme important : Une TCC préventive axée sur le traumatisme est recommandée. Les séances uniques ou multiples de débriefing (séance de verbalisation sur l'incident traumatique) ne sont pas recommandées.	Après un évènement traumatique potentiel récent : La TCC est recommandée pour le traitement des symptômes aigus de stress posttraumatique. Aucune recommandation précise pour les consultations individuelles pour la résolution de problèmes, l'EMDR, la relaxation ou la psychoéducation.	Après l'exposition à un évènement traumatique : La TCC est recommandée comme intervention précoce pour prévenir le TSPT (chez les patients présentant des symptômes précoces importants). La psychothérapie n'est pas recommandée chez les personnes asymptomatiques. Les séances individuelles de débriefing ne sont pas recommandées. Les séances de groupe à participation volontaire peuvent être efficaces.	Aucune recommandation	Aucune recommandation
Traitements complémentaires et parallèles	Aucune recommandation		Après un évènement traumatique potentiel récent : Les techniques de relaxation et les conseils en matière d'hygiène du sommeil sont recommandés pour les patients faisant de l'insomnie aigüe.	Aucune recommandation	Aucune recommandation	Aucune recommandation
TRAITEMENT						
Traitement pharmacologique	Pour les principaux symptômes du TSPT : Les ISRS (fluoxétine, paroxétine et sertraline) sont recommandés pour le traitement de première intention du TSPT. Certains autres médicaments sont recommandés pour le traitement de deuxième intention, de troisième intention ou d'appoint, ou ne sont pas recommandés (consulter les lignes directrices).	Pour le traitement d'urgence du TSPT : Les ISRS (paroxétine et sertraline) et les IRSN (venlafaxine) sont des traitements pharmacologiques recommandés. Les patients qui répondent au traitement doivent suivre le traitement pharmacologique pendant au moins 12 mois. L'association d'approches pharmacologique et psychologique n'est pas recommandée pour le traitement initial. Lorsque le traitement initial ne fonctionne pas, on peut envisager l'augmentation de la dose, le changement vers un autre traitement fondé sur des preuves, l'association de traitements pharmacologique et psychologique fondés sur des preuves, l'ajout d'antidépresseurs (olanzapine, rispéridone ou prazosine), ou le transfert aux services spécialisés régionaux ou nationaux.	Pour le TSPT : Les ISRS et les ATC ne sont pas recommandés en traitement de première intention. Ils doivent être envisagés si la gestion du stress ou l'EMDR n'ont pas fonctionné ou ne sont pas disponibles, ou en présence de dépression modérée à majeure concomitante.	Interventions pharmacologiques pour le TSPT : Les ISRS (fluoxétine, paroxétine et sertraline) et un IRSN (venlafaxine XR) sont fortement recommandés en monothérapie. La mirtazapine, la néfazodone, les ATC (amitriptyline, imipramine) et les inhibiteurs de la monoamine-oxydase (phénelzine) sont aussi recommandés. Les benzodiazépines, la guanfacine et les anticonvulsivants (tiagabine, topiramate, valproate) ne sont pas recommandés. Il n'y a pas de recommandation sur l'utilisation de la prazosine, le bupropion, la trazodone, les anticonvulsivants (lamotrigine, gabapentine) ou de médicaments antipsychotiques atypiques. Les médicaments antipsychotiques atypiques (rispéridone, olanzapine ou quétiapine) et la prazosine pour les cauchemars sont recommandés en traitement d'appoint. Il n'y a pas de recommandation portant sur un sympatholytique ou un anticonvulsivant en traitement d'appoint.	Pour le traitement pharmacologique des cauchemars associés au TSPT : La prazosine est recommandée. La clonidine et d'autres médicaments peuvent être envisagés (consulter les lignes directrices). La néfazodone et la venlafaxine ne sont pas recommandées. Il n'y a pas de recommandation concernant le clonazépam.	Pour le traitement pharmacologique du TSPT : Les ISRS (fluoxétine, paroxétine et sertraline) et les IRSN (venlafaxine) sont recommandés en traitement de première intention. L'efficacité d'autres médicaments a été notée, mais avec un niveau inférieur de preuves (consulter les lignes directrices).
Traitement psychologique	Aucune recommandation	Pour le traitement d'urgence du TSPT : Un traitement psychologique, sous forme de TCC individuelle axée sur le traumatisme ou d'EMDR, est recommandé. L'association d'approches pharmacologique et psychologique n'est pas recommandée pour le traitement initial.	Pour le TSPT : Une TCC de groupe ou individuelle axée sur le traumatisme, une EMDR ou une thérapie de gestion du stress est recommandée.	Pour la psychothérapie du TSPT : Une psychothérapie sous forme de TCC ou d'EMDR est recommandée. Les symptômes associés au TSPT peuvent être traités par des techniques de relaxation, la thérapie par l'imagerie mentale et la thérapie du trouble psychotique bref, les techniques d'hypnose, la thérapie de groupe et la polythérapie. Il n'existe pas de recommandation précise concernant la théorie comportementale dialectique, la thérapie de couple ou familiale en traitement de première intention. La psychothérapie de soutien n'est pas envisagée.	Options non pharmacologiques pour les cauchemars : La TCC est recommandée (c.-à-d. la thérapie par l'imagerie mentale, la thérapie du rêve lucide, la thérapie d'exposition, la relaxation et la thérapie des schémas, la thérapie de la dynamique du sommeil, la thérapie d'auto-exposition, la désensibilisation systématique). L'EMDR est recommandée. Il n'y a pas de recommandation concernant la psychothérapie individuelle.	Pour le traitement non pharmacologique du TSPT : Les séances de débriefing sont contrindiquées. Il n'existe pas de recommandation concrète concernant la TCC, la thérapie d'exposition et l'EMDR.
Traitements complémentaires et parallèles	Aucune recommandation	Aucune recommandation	Aucune recommandation	Pour le traitement somatique du TSPT : L'acuponcture peut être envisagée. Pour les thérapies complémentaires et parallèles du TSPT : Il n'y a pas de recommandation concernant la MCP en traitement de première intention. La MCP peut être envisagée en traitement d'appoint.	La relaxation musculaire progressive, l'hypnose et la thérapie du témoignage sont recommandées.	Pour le traitement non pharmacologique du TSPT : Il n'y a pas de recommandation concrète concernant la stimulation magnétique transcrânienne répétitive.

ATC = antidépresseurs tricycliques; EMDR = intégration neuroémotionnelle par les mouvements oculaires; TSPT = trouble de stress posttraumatique; IRSN = inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline; ISRS = inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine; MCP = médecine complémentaire et parallèle; TCC = thérapie cognitivocomportementale.

PTSD GUIDELINE COMPARISON

Conclusion

Concernant les approches préventives

Les lignes directrices de la BAP, de l'OMS et du VA/DoD comportent des recommandations sur la prévention du TSPT chez les personnes ayant récemment été exposées à des évènements traumatiques, et ces recommandations peuvent être pertinentes pour le traitement de l'ESCIC.

Le traitement préventif par propranolol ou sertraline et la thérapie cognitivocomportementale axée sur le traumatisme sont recommandés en intervention précoce pour prévenir le TSPT après la survenue d'un évènement traumatique potentiel. Des techniques de relaxation et des conseils concernant l'hygiène du sommeil sont aussi recommandés pour les patients faisant de l'insomnie majeure.

Concernant les approches de traitement

Dans le traitement du trouble de stress posttraumatique, l'on recommande un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS; fluoxétine, paroxétine et sertraline) ou un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN; venlafaxine) comme médicament de première intention, et la thérapie cognitivocomportementale (TCC), des techniques de gestion du stress et l'intégration neuroémotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR) comme psychothérapies. Une ligne directrice3 ne recommande pas l'association de médicament et de psychothérapie en traitement initial pour le TSPT, alors que les autres lignes directrices ne mentionnent pas l'association de traitements.

Aucune ligne directrice ne mentionne de recommandations particulières pour les BSO ou l'ESCIC.

Références

1. CADTH Rapid Response Report: Treatment for Post-traumatic Stress Disorder, Operational Stress Injury, or Critical Incident Stress: A Review of Guidelines (Summary With Critical Appraisal, Apr. 2015) [https://www.cadth.ca/treatment-post-traumatic-stress-disorder-operational-stress-injury-or-critical-incident-stress]
2. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van AM, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessivecompulsive disorders. BMC Psychiatry [Internet]. 2014 [cité le 30 mars 2015];14 Suppl 1:S1. Accessible à : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4120194
3. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Allgulander C, Bandelow B, den Boer JA, et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol. 2014 May;28(5):403-39. [http://www.bap.org.uk/pdfs/AnxietyGuidelines2014.pdf]
4. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013. [cité le 7 avril 2015]. Accessible à : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK159725/pdf/TOC.pdf
5. Management of post-traumatic stress [Internet]. 2.0. Washington (DC): Department of Veterans Affairs, Department of Defense; 2010. [cité le 2 avril 2015]. (VA/DoD clinical practice guideline). Accessible à : http://www.healthquality.va.gov/PTSD-Full-2010c.pdf
6. Aurora RN, Zak RS, Auerbach SH, Casey KR, Chowdhuri S, Karippot A, et al. Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. J Clin Sleep Med [Internet]. 2010 Aug 15 [cité le 31 mars 2015];6(4):389-401. Accessible à : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919672
7. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Moller HJ, WFSBP Task Force, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders. World J Biol Psychiatry. 2008;9(4):248-312. [http://www.wfsbp.org/fileadmin/user_upload/Treatment_Guidelines/Guidelines_Anxiety_revision.pdf}

AVERTISSEMENT

L'information présentée ici a pour but d'éclairer les décideurs en soins de santé, les patients, les professionnels de la santé, les dirigeants de systèmes de santé et les responsables de politiques du secteur de la santé durant leur processus de prise de décisions et ainsi d'améliorer la qualité des services de santé. Cette information ne saurait tenir lieu du jugement du clinicien dans la prise en charge d'un patient en particulier, du jugement professionnel qui intervient dans la prise de décisions, ni de l'avis ou de l'opinion en bonne et due forme d'un médecin. Bien que l'ACMTS ait tout mis en œuvre pour veiller à l'exactitude, à l'exhaustivité et à l'actualité du contenu, elle décline toute responsabilité à cet égard. Elle ne saurait être tenue responsable des erreurs ou omissions, des blessures, des pertes, des dommages ou des préjudices découlant de l'usage ou du mésusage de l'information contenue ou sous-entendue dans ce document.

L'ACMTS assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les points de vue qui y paraissent ne représentent pas forcément l'opinion de nos bailleurs de fonds.

À propos de l'ACMTS

L'ACMTS est un organisme indépendant sans but lucratif dont le mandat est de fournir aux décideurs du système de santé canadien des preuves objectives leur permettant de prendre des décisions éclairées concernant l'usage optimal des médicaments, des dispositifs médicaux et des procédures cliniques au sein de notre système de santé.

L'ACMTS reçoit du financement des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, à l'exception du Québec.

octobre 2015

ACMTS Preuves à l'appui.

acmts.ca