

EVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE DE PASSAGE A LA CHRONICITE DE L' ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE.

PO:280

M. BENABIAS *, O. BENELMOULLOUD

* Service de Psychiatrie. HMRUC/ 5eme RM (e-mail : b_malik@netcourrier.com)

SUJETS/METHODES

Il s'agit d'une étude épidémiologique de type prospectif concernant une population de malades (au nombre de 50) présentant le diagnostic d'ESPT et hospitalisés au service de psychiatrie du CHU de Constantine

Le suivi de cette population se base sur les éléments suivants :

- Le diagnostic (Axe I et II)
- Les antécédents personnels et familiaux
- Le temps de latence
- La sévérité du traumatisme
- L'exposition au traumatisme
- Association d'un traumatisme balistique
- L'existence d'un soutien psychosocial
- La durée de traitement

RAPPEL (classification DSM IV)

- A) Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents
➤ Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée
➤ La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur
B) l'événement traumatique est constamment revécu
C) Evitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme)
D) Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative
E) La perturbation dure plus d'un mois
F) La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants
Spécifier:
AIGU: durée des symptômes moins de 03 mois
CHRONIQUE: durée des symptômes est de 03 mois ou plus

- Le diagnostic est posé cliniquement par le psychiatre du service selon les critères du DSM IV et confirmé par l'évaluation à l'échelle de Horowitz qui permet la mesure subjective de l'impact d'un événement.
 - Le Score seuil = 42
 - → Score > 42 (95% psychotraumatisme).
 - → Score < 42 (100% de sujets contrôles)
- Le traitement médical se résume en la prescription d'un ISRS (Deroxat) associé à des séances de thérapies comportementales et cognitive en milieu hospitalier.
- Le soutien de la collectivité se résume en la prise en charge psychothérapeutique du traumatisé au sein de l'unité avant même son transfert vers le CHU (entouré de l'équipe médico-psychologique et des collègues).
 - Concernant l'apport de la famille, elle sera convoquée dès que c'est possible (en fonction de la disponibilité, de la distance par rapport à l'hôpital....)
 - Après 04 mois de prise en charge, 35 malades sont complètement guéris, seulement persistent 15 patients dans leur symptomatologie clinique et les scores aux différentes échelles qui demeurent élevés
 - De cette observation, ces 15 malades sont passés à la chronicité et ont développé un ESPT chronique
 - A cet effet, nous vous présentons un tableau récapitulatif et comparatif des deux populations en fonctions des items sus-cités

RESULTATS

	PTSD	PTSD chronique
□ Type de Personnalité	Evitante (12%), ✓ Hystero-sensitive (20%) Sans anomalies (17%)	✓ Evitante (28%) Sans anomalies (20%)
□ ATCD Personnels	troubles anxieux (07%)	✓ Troubles anxieux (22%) Rupture précoce (07%)
□ ATCD familiaux	Troubles dépressifs (10%)	Troubles dépressifs (08%)
□ Phase de latence	✓ Quelques minutes (75%) Quelques jours (12%)	Quelques heures (33%) ✓ Quelques jours (65%)
□ Sévérité du traumatisme	Explosion de bombe (65%) Corps déchiquetés (18%)	✓ Embuscade tendue à des collègues (33%) Explosion de bombe (60%)
□ Exposition au traumatisme	Quelques heures (30%) Quelques minutes (55%)	✓ Quelques heures (65%) Quelques minutes (10%)
□ Etat civil	Marié (65%)	Marié (30%)
□ Score Horowitz	85% ≤ 30	✓ 85% ≥ 45 (≥ 03 mois de traite)
□ Soutien psychosocial	✓ collectivité+hôpital+famille (68%)	collectivité+hôpital (70%)
□ Trauma balistique	NON (89%) OUI (4%)	NON (92%) OUI (3%)
□ Traitement	ISRS+TCC	ISRS+TCC

type de personnalité	RAS (40%), hystero-sensitive (25%), évitante (30%)
□ Antécédents personnels	30% ayant un suivi psychologique pour troubles anxieux, expériences précoces de ruptures (15%)
□ Antécédents familiaux	Troubles bipolaires (13%), troubles dépressifs (20%)
□ Temps de latence	Quelques minutes (30%), quelques heures (40%), quelques jours (20%), sans informations (10%)
□ Sévérité du traumatisme	Explosion (40%), corps déchiquetés (35%), embuscades pour les collègues 25%
□ Exposition au traumatisme	Quelques minutes (52%), quelques heures (35%)
□ Association de trauma balistique	OUI (13%), NON (87%)
□ Soutien psychosocial	Collectivité (10%), collectivité+hôpital (30%), collectivité+hôpital+famille (48%), célibat (45%), mariage (33%).

CONCLUSION

□ De ce qui précède, on peut mettre en évidence deux types de facteurs

- Facteurs dits de protection de passage à la chronicité ou de bon pronostic
- Facteurs dits de risque de passage à la chronicité ou de mauvais pronostic

►FACTEURS DE PROTECTION DE PASSAGE A LA CHRONICITE OU DE BON PRONOSTIC :

- Présence de traits de personnalité histrionique et/ou sensitive avant le traumatisme
- Brièveté de l'exposition au traumatisme
- Une phase de Latence beaucoup plus courte
- Un bon soutien psychosocial (collectivité+hôpital+famille surtout l'épouse)

►FACTEURS DE RISQUE DE PASSAGE A LA CHRONICITE OU DE MAUVAIS PRONOSTIC :

- Présence d'une personnalité pré morbide de type Evitante
- Antécédents personnels de suivi pour troubles anxieux et notion de rupture précoce lors de l'enfance
- Une phase de latence plus longue
- Une exposition au traumatisme évaluée à plusieurs heures
- Un soutien psychosocial aléatoire (célibat, absence de prise en charge dans l'immédiat....)

► le passage à la chronicité implique revendication sinistrose concernant les diverses indemnisations, problème qui demeure non encore résolu chez nous.

