

TC ET PTSD ...

Compte rendu du colloque du 25/10/2012
Dans le cadre de l'AG de l'AFTC de l'EURE

Par

Francine MORINEAUX MARAGLIANO, Présidente de l'AFTC de l'EURE
Fabienne MANCIET GABOLDE, Avocat à la Cour

Diplômées en PSYCHOTRAUMATOLOGIE

Le TC qu'il soit léger, modéré ou grave, peut s'accompagner d'un Psychotraumatisme ou PTSD qui passe le plus souvent inaperçu. Il est pourtant essentiel de bien distinguer les 2 pathologies, pour adapter les soins, en diminuer les séquelles, et permettre l'indemnisation intégrale du handicap qui subsiste.

I/ PRESENTATION RAPIDE DU PTSD

Le PSYCHOTRAUMATISME ou PTSD, est une entité clinique désormais clairement décrite dans les classifications internationales.

Que ce soit dans le DSM IV (diagnostic des maladies mentales aux USA) ou dans la CIM 10(classification des maladies mentales en Europe) , le PTSD est défini par de critères précis , une association de symptômes qui permettent d'en faire le diagnostic.

Ces symptômes sont consécutifs à l'exposition à un évènement traumatogène auquel le sujet réagit de façon pathogène. Ils peuvent se révéler immédiatement ou apparaître après un temps de latence plus ou moins long : de plusieurs semaines, mois, ou années.

Les critères qui permettent de poser le diagnostic sont les symptômes spécifiques suivants :

CRITERE A (critère d'évènement et de vécu)

A1 : le sujet a fait l'expérience, a été témoin ou a été confronté à un évènement ou à plusieurs évènements pouvant représenter une menace de mort, une menace pour sa propre intégrité physique et/ou psychique, ou celle d'autrui

A2 : le sujet a réagi à l'événement par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Avoir vécu un événement traumatique ne suffit pas, il faut un « vécu traumatique ». Normalement le stress est adapté à la peur ressentie. C'est une réaction normale d'alarme. Elle est passagère.

Lorsqu'il y a confrontation du sujet avec le réel de la mort, l'effroi remplace la peur, l'état de stress est dépassé, il y a effraction des défenses psychiques et l'événement traumatique ne peut pas être intégré. Il reste alors dans le subconscient comme un corps étranger avec sa propre mémoire et sa propre biographie

C'est l'éclosion du PTSD. Il va y avoir persistance des symptômes de déréalisation des premiers jours et apparition des symptômes B-C-D

CRITERES - B – C – D (constituent le tableau clinique)

B : REVIVISCENCE de l'événement traumatique.

Elle ne se retrouve que dans le PTSD. C'est une souvenance brute du TRAUMA, un sentiment de « vécu comme si » il se reproduisait avec toutes ses perceptions au niveau des 5 sens.

La principale conséquence du PTSD c'est de toujours trainer le TRAUMA avec lui sans jamais pouvoir le laisser derrière dans son histoire.

C : EVITEMENT de tout ce qui peut rappeler le TRAUMA

D : HYPERACTIVITE NEUROVEGETATIVE (état d'alerte permanent)

CRITERE E (critère temporel)

Le PTSD est constitué à 4 semaines (avant 1 mois pas de PTSD mais un état de stress aigue) . A 3 mois le PTSD est chronique

CRITERE F (critère de répercussion)

Les troubles impliquent souffrance et invalidation totale ou partielle touchant aux différentes sphères de la vie du sujet (familiale, sociale, professionnelle,)

A côté de ses troubles spécifiques on retrouve très souvent des **comorbidités** que sont :

- La dépression

- L'angoisse généralisée
- Les phobies (sociale – toc – rituels compulsifs)
- Les troubles paniques
- Les troubles des conduites (addictions – TCA – automutilations – TS)
- Les troubles psychosomatiques (céphalées dorsalgies,eczéma, gastralgies,acouphènes ect...)
- L'asthénie (psysique , psychique , sexuelle)

II/ RAPPORTS TC / PTSD ET INTERET DU DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- On constate à la lecture de ce qui précède que les symptômes spécifiques du PTSD (reviviscence-évitement- hyperactivité neurovégétative) entraînent des troubles qui ressemblent fort à ceux du TC : - fatigue -troubles de la concentration- troubles de la mémoire- troubles du comportement et des affects
- Il en est de même des comorbidités qui entraînent également des troubles rappelant les séquelles du TC : troubles du comportement – irritabilité et colère- troubles sexuels- retrait social etc...
- On constate enfin que toutes les séquelles du PTSD sont des séquelles invisibles.

Mais là s'arrête la ressemblance car les séquelles du TC et du PTSD ont des causes et des origines différentes :

- Neurologique pour le TC
- Psychique pour le PTSD

Dès lors, l'intérêt du diagnostic différentiel est extrêmement important à plusieurs niveaux :

1/ Au niveau de la reconnaissance de la pathologie car il est désormais communément admis par les spécialistes du PTSD que le diagnostic fait partie intégrante du processus de guérison.

2/ Au niveau du traitement car il existe des thérapies efficaces contre le PTSD dites thérapies brèves (hypnose – EMDR-TCC-TSB) , à condition qu'elles soient mises en œuvre au plus près de l'évènement traumatique , alors que le TC après la rééducation et la réadaptation doit souvent continuer à « vivre avec » ses séquelles

3/ Au niveau de la réparation enfin car si l'expertise du PTSD doit être également

réalisée sur la base de la mission VIEUX, les modalités cliniques en seront différentes et confiées à un Psychologue Clinicien ou à un Médecin Psychiatre l'un et l'autre spécialisés en Psychotraumatologie et sur la base du barème médico-légal du décret de 1992.

C'est ainsi qu'en cas de cumul d'un TC et d'un PTSD il y aura 2 expertises indépendantes, chacune réalisée selon des modalités spécifiques, et donnant lieu à 2 rapports ;

4/ parce qu'enfin depuis 2010 la Jurisprudence accepte , lorsque la demande en est faite par l'Avocat du proche de considérer celui-ci lorsqu'il est victime d'un PTSD, non plus comme une victime par ricochet , mais comme une victime directe et indemnisée en tant que telle sur l'ensemble des postes de préjudice de la nomenclature Dintilhac

Les chiffres TC/PTSD sont loin d'être anecdotiques :

Selon les études, 8 à 40% des sujets confrontés à un AVP présentent un PTSD qu'il y ait eu perte de conscience ou non (Black et Bryant 2000)

L'étude ESPARR réalisée à Lyon en 2007 confirme que 22% des TC Légers présentent un PTSD non pris en compte

L'étude de Mac Darmot réalisée en 2000 retrouve 15% à 20% de PTSD chez les parents d'accidentés de la route, tous séquelles confondus

L'étude réalisée en 2010 par Francine MORINEAUX dans le cadre de son travail de recherche en Psychotraumatologie auprès des familles de TC , retrouve 72% des proches ayant un score à l'IES- R qui laisse supposer l'existence d'un PTSD, alors que seulement 15% à 20% en font état . Cela confirme le fait que dans plus de 50% des cas, ce PTSD n'est ni évoqué par les proches, ni diagnostiqué ni traité (avec toutes les répercussions que cela peut avoir à long terme sur la vie quotidienne) ni encore moins indemnisé.

Les scores les plus élevés se retrouvent dans le critère de reviviscence.

Cette étude confirme également des études plus générales qui démontrent que les femmes sont plus touchées que les hommes : en l'occurrence 35% de mères de TC pour 17% de pères.