

Fiche d'information sur le TSPT: Q et R



Avec le regain d'intérêt récent pour le TSPT et les troubles connexes, le personnel des ressources humaines peut facilement être submergé par des informations contradictoires. Les psychologues se voient très souvent poser des questions sur l'évaluation et le traitement du TSPT. Nous avons tenté de répondre à certaines de ces questions ci-dessous.

Cette référence a été préparée par le sous-comité des psychologues de la police du comité des ressources humaines et de l'apprentissage de l'ACCP.

La question du trouble stress post-traumatique (TSPT) dans le milieu policier a suscité beaucoup d'intérêt au cours des dernières années. En effet, on constate même des avancées dans la législation provinciale dans le cadre des efforts visant à mieux gérer le TSPT chez les policiers. Si l'on en croit la presse populaire, on pourrait avoir l'impression que, tôt ou tard, tous les membres du personnel policier souffriront d'un TSPT, ce qui entraînera inévitablement des incapacités à vie ou d'importantes adaptations du lieu de travail. Comme c'est souvent le cas, la réalité est un peu différente de ce que l'on pourrait supposer si l'on se fie aux notions populaires. Environ la moitié des adultes de la population en générale, et probablement la quasi-totalité du personnel de police, peuvent être exposés à un ou plusieurs incidents potentiellement traumatiques au cours de leur vie. Cependant, la majorité de ces personnes ne développent jamais de TSPT. De nombreuses personnes peuvent présenter certains symptômes post-traumatiques dans les premiers mois suivant l'exposition à un incident critique, mais la plupart d'entre elles se rétabliront complètement sans traitement. Certaines personnes peuvent souffrir d'anxiété et de dépression, mais pas du TSPT. Un nombre important de personnes peuvent connaître une « croissance post-traumatique » à la suite d'un incident critique, et devenir plus résilientes, plus aptes à faire face à la situation qu'elles ne l'étaient auparavant. Il est clair que l'exposition à des incidents critiques est nécessaire, mais insuffisante, pour développer un TSPT. Pour ceux qui développent un TSPT, le trouble résulte probablement d'une combinaison complexe de caractéristiques de personnalité préexistantes, d'expériences de vie antérieures, de soutien social et d'événements survenus immédiatement après l'incident critique. Pour les personnes (comme le personnel policier) qui sont confrontées à des incidents critiques sur le lieu de travail, les structures organisationnelles influencent probablement le développement du TSPT, ainsi le rétablissement et la réinsertion professionnelle dépendamment du soutien apporté aux personnes atteintes de TSPT.

1. Qu'est-ce que le TSPT exactement?

L'exposition à un événement potentiellement traumatique (par exemple, l'expérience réelle ou le fait d'être témoin d'une blessure grave, d'une mort réelle ou menacée et/ou d'une violence sexuelle) peut produire une variété de réactions, y compris, mais sans s'y limiter, des changements négatifs dans la pensée, les émotions et le comportement. Les réactions à un événement potentiellement traumatique peuvent varier d'une personne à l'autre, mais peuvent inclure des pensées pénibles, des images et/ou des souvenirs intrusifs (parfois appelés « flashbacks »), des états émotionnels négatifs, de l'irritabilité, de la colère, des sentiments d'insensibilité ou de détachement, des problèmes de concentration, un sommeil perturbé et des efforts pour éviter les rappels de l'événement traumatique. Ces symptômes peuvent causer une détresse personnelle importante et avoir un impact négatif sur le fonctionnement quotidien (par exemple, difficulté à accomplir des tâches au travail, à l'école ou à la maison, problèmes relationnels). Lorsque les symptômes problématiques persistent pendant plus d'un mois, une personne peut répondre aux critères de diagnostic d'un trouble de santé mentale appelé trouble de stress post-traumatique. Comme indiqué ci-dessus, l'exposition à un événement traumatique n'est pas la seule condition requise pour un tel diagnostic — de nombreuses personnes exposées à un ou plusieurs incidents traumatiques n'auront pas d'effets durables — ou pourront effectivement développer d'autres problèmes de santé mentale tels que l'anxiété et/ou la dépression, mais non pas le TSPT.

Les critères les plus couramment utilisés pour diagnostiquer le TSPT en Amérique du Nord sont inclus dans la dernière version du Manuel diagnostique et statistique - DSM-5. Le DSM-5 exige la présence de plusieurs types ou groupes de symptômes, notamment :

- a) des souvenirs répétés, intrusifs et pénibles de l'événement traumatique,
- b) des efforts pour éviter les rappels de l'événement,
- c) des pensées ou des sentiments négatifs qui ont commencé ou se sont aggravés après l'incident,
- d) des niveaux accrus d'excitation physique (par exemple, une réaction de sursaut exagérée, une hypervigilance), et
- e) les symptômes doivent persister pendant plus d'un mois et causer une détresse et/ou une altération significative du fonctionnement.

2. Est-ce qu'un « traumatisme lié au stress professionnel » est la même chose qu'un TSPT?

À l'origine, l'expression « traumatisme lié au stress professionnel » (TLSP) a été créée pour décrire un groupe de symptômes que certains membres de l'armée canadienne ressentaient en raison de leur service. L'intention derrière cette nouvelle expression était de mieux reconnaître que les symptômes étaient causés, du moins en partie, par des expériences associées au travail, plutôt que par une déficience de l'individu. L'expression et l'acronyme associé demeurent relativement nouveaux mais sont de plus en plus utilisés par des personnes non militaires à des fins semblables. Dans ce contexte, le TSPT a été qualifié de TLSP. Dans ce même contexte, le TSPT serait l'un des nombreux troubles mentaux qui pourraient être qualifiés de TLSP, y compris, mais sans s'y limiter, le trouble dépressif majeur, le trouble d'anxiété généralisée et le trouble panique. En résumé, le TSPT peut être un TLSP, mais tous les TLSP ne sont pas des TSPT.

3. Est-ce que la plupart/beaucoup/tous les policiers finissent par souffrir de TSPT?

Les recherches sur la fréquence du TSPT chez les policiers canadiens restent relativement limitées. Les résultats d'une étude récente suggèrent qu'environ un quart des policiers au Canada présentent un dépistage positif du TSPT (c'est-à-dire qu'ils déclarent eux-mêmes des symptômes qui peuvent correspondre au TSPT). Environ 40 % d'entre eux déclarent des symptômes compatibles avec tout problème de santé mentale, y compris le TSPT, mais aussi la dépression, l'anxiété et les symptômes connexes. Cependant, les résultats sont basés sur des outils de dépistage par auto-déclaration et l'échantillon ne comprenait qu'environ 5 % des policiers canadiens, ce qui signifie que les résultats ne sont que des estimations. Les Canadiens attendent toujours une étude épidémiologique complète basée sur des entretiens pour comprendre les niveaux réels de TSPT diagnostiqués parmi nos policiers. Certaines sources suggèrent que seulement 10 % des policiers pourraient répondre aux critères de diagnostic fondés sur des entrevues, ce qui est tout de même légèrement plus élevé que le pourcentage de personnes atteintes de TSPT dans la population générale.

Quels que soient les chiffres exacts, il est clair que les problèmes de santé mentale ne sont pas rares chez les policiers. Compte tenu de ce que nous savons du coût des problèmes de santé mentale sur le lieu de travail en général, il est clairement nécessaire et justifié d'élaborer des stratégies de prévention et d'intervention fondées sur des preuves dans le milieu de travail de la police.

4. Comment le TSPT est-il évalué? Et qui l'évalue?

La meilleure façon d'évaluer et de diagnostiquer le TSPT est de faire appel à des professionnels de la médecine et/ou de la santé mentale qualifiés. De plus, il existe des traitements efficaces.

Il n'existe pas de test sanguin permettant de déterminer si une personne souffre de TSPT. Le TSPT est plutôt évalué à l'aide d'une combinaison d'entretiens cliniques et de tests psychométriques. L'examineur tentera non seulement de déterminer si la personne répond aux critères du TSPT, mais cherchera aussi à écarter d'autres diagnostics possibles, tels que la dépression, l'anxiété ou la toxicomanie. Comme nous l'avons indiqué plus tôt, les TLSP ou les problèmes de santé mentale ne sont pas tous des TSPT. Il est important de poser le bon diagnostic afin de fournir le traitement approprié. Par exemple, fournir un traitement axé sur le TSPT à une personne dont le problème est en fait l'anxiété ou la dépression a moins de chances d'obtenir les meilleurs résultats possibles.

Les entretiens peuvent comporter une évaluation des symptômes actuels ainsi que des antécédents de la personne, des caractéristiques de sa personnalité et de la nature du ou des traumatismes. Dans certains cas, les évaluations peuvent également comporter des entretiens avec des membres de la famille ou des personnes importantes. Les entretiens sont utiles mais généralement insuffisants pour diagnostiquer le TSPT. Par conséquent, des tests et des mesures supplémentaires sont souvent utilisés. Certains d'entre eux peuvent être des mesures générales de la personnalité (par exemple, le MMPI-2, le Personality Assessment Inventory), mais d'autres sont spécifiques au TSPT (voir ci-dessous). Les tests courants qui mesurent les symptômes du TSPT sont les suivants :

Échelle de TSPT administrée par le clinicien pour le DSM-5 (CAPS-5)

Le CAPS-5 est le test psychométrique de référence pour l'évaluation du TSPT. Développé par le National Center for PTSD du Department of Veterans Affairs (USA), le CAPS-5 évalue les symptômes du TSPT, notamment l'apparition et la durée des symptômes, la détresse subjective, l'impact des symptômes sur le fonctionnement social et professionnel, et l'amélioration des symptômes pendant le traitement.

Liste de contrôle du TSPT (LCT)

Le LCT est un questionnaire d'auto-évaluation qui peut être distribué aux agents afin qu'ils y répondent. Ce questionnaire d'auto-évaluation prend très peu de temps à compléter et peut aider les agents et leurs fournisseurs de soins à déterminer si une évaluation plus complète est nécessaire.

Entretien clinique structuré des troubles du DSM-5 (ECST)

Il a été démontré que le ECST administré par un clinicien fournit des diagnostics valides et fiables pour le TPST, mais il évalue également d'autres troubles psychologiques qui apparaissent fréquemment en même temps que cette maladie (par exemple, la dépression, l'abus de substances/dépendance).

5. Peut-on se rétablir du TSPT?

Le rétablissement est l'objectif principal des agents ayant souffert d'un TSPT, de leur famille et de leurs fournisseurs de soins. Le rétablissement ne signifie pas nécessairement la libération complète des effets post-traumatiques. Le rétablissement est une expérience individuelle et peut être différent pour chacun. En général, le rétablissement du TSPT est la capacité de vivre dans le présent sans être écrasé par les pensées et les sentiments du passé. Le rétablissement du TSPT doit être considéré comme un processus qui se déroule sur une certaine durée et par étapes. Le rétablissement de la sécurité est la première et la plus importante étape de la guérison de cette maladie. Il existe peu de recherches sur le nombre de personnes ayant reçu un diagnostic de TSPT qui retrouvent effectivement un emploi à plein temps, mais les informations disponibles suggèrent que la plupart y parviennent. Cela dépend bien sûr de la gravité du trouble, des antécédents de la personne, de la nature du traumatisme et, surtout, de la nature et du niveau de soutien du lieu de travail. En général, les personnes qui s'engagent et persistent dans des approches thérapeutiques fondées sur des données probantes, et qui perçoivent un bon soutien de la part de leur employeur, s'en sortent mieux à long terme.

6. Quels types de traitement fonctionnent pour le TSPT?

Les employés de la police touchés par le TSPT disposent d'une variété d'options de traitement efficaces pour les aider à se rétablir de cette maladie. La littérature populaire comprend tout, du yoga au régime alimentaire en passant par les programmes d'auto-assistance. Cependant, les approches thérapeutiques reconnues et fondées sur des données probantes, c'est-à-dire les traitements dont les recherches suggèrent qu'ils améliorent les symptômes chez la plupart des gens, incluent :

Thérapie d'exposition prolongée

Dans ce type de traitement, un thérapeute guide les agents pour qu'ils se rappellent les souvenirs traumatisants de manière contrôlée et progressive, afin qu'ils finissent par retrouver la maîtrise de leurs pensées et de leurs sentiments concernant l'incident. Bien que l'exposition des agents aux événements traumatiques puisse sembler contre-intuitive, elle se fait de manière graduelle, contrôlée et répétée, jusqu'à ce que l'agent puisse évaluer sa situation de manière réaliste et comprendre qu'il peut reprendre ses activités habituelles en toute sécurité. La technologie de la réalité virtuelle est de plus en plus utilisée dans les séances de thérapie d'exposition prolongée.

Thérapie cognitive

Il s'agit d'une forme de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) qui comprend une composante d'exposition mais qui met davantage l'accent sur les stratégies cognitives pour aider à modifier les pensées erronées apparues à la suite de l'événement traumatique. Par exemple, un psychologue peut travailler avec un agent sur des idées ou des hypothèses déformées selon lesquelles le monde n'est plus sûr ou qu'il est incompetent parce qu'il a « laissé » un événement terrible lui arriver..

Thérapie de désensibilisation et de retraitement par mouvements oculaires (TDRMO)

Dans le cadre de ce type de traitement, le psychologue guide les agents pour qu'ils fassent des mouvements oculaires ou suivent des tapotements de la main en même temps qu'ils racontent les événements traumatiques. Les mécanismes d'action de la TDRMO font l'objet d'un débat permanent, ce qui fait que cette thérapie peut paraître un peu controversée. Néanmoins, des recherches soutiennent l'utilisation de la TDRMO.

Psychothérapie interpersonnelle (PIP)

La PIP est une nouvelle thérapie pour le TSPT par rapport aux autres thérapies ci-haut mentionnées. Contrairement à l'exposition prolongée, à la thérapie cognitive ou à la TDRMO, la PIP ne nécessite pas d'exposition. Plutôt que de tenter de reconstruire les événements traumatiques, la PIP est conçue pour réparer les dommages que le traumatisme cause à la confiance interpersonnelle et au fonctionnement social. Le traumatisme peut isoler les agents des soutiens sociaux qui aident à la récupération du TSPT. En aidant les agents à identifier leurs émotions et à les reconnaître comme des signaux sociaux utiles (plutôt que mauvais ou dangereux), ils peuvent les utiliser pour mieux gérer leurs relations, en décidant à qui ils peuvent ou ne peuvent pas faire confiance.

Médicaments

Des recherches appuient l'utilisation des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) pour le TSPT. Plus précisément, la paroxétine (Paxil) et la sertraline (Zoloft) ont été approuvées pour le traitement du TSPT. D'autres médicaments peuvent également être utiles pour traiter le TSPT, en particulier lorsque la personne souffre de troubles supplémentaires tels que la dépression, l'anxiété ou la psychose. Les médicaments tentent généralement de traiter les symptômes du TSPT et non la ou les causes psychologiques. Néanmoins, ils peuvent servir de thérapies efficaces en soi ou en complément d'une psychothérapie.

7. En tant qu'organisation, y a-t-il des choses que nous pouvons faire pour aider à prévenir le TSPT et faciliter le rétablissement et le retour au travail?

Compte tenu des coûts considérables, tant sur le plan financier que sur le plan humain, de l'apparition du TSPT sur le lieu de travail, les employeurs ont tout intérêt à prévenir le TSPT et à traiter/remédier au TSPT qui se manifeste. Parmi les solutions organisationnelles courantes, citons :

- Les programmes d'aide aux employés (PAE) et les programmes d'aide aux familles et aux employés (PAFE),
- éducation liée à la prévention et à l'intervention précoce, comme le programme RVPM,
- les équipes d'intervention/gestion de crise,
- des programmes de type « Safeguard » pour les personnes occupant des postes à risque élevé, et
- le soutien par les pairs.

Il est important de noter que le simple fait d'avoir des programmes de ce type ne suffit pas. Avoir un programme ne signifie pas nécessairement qu'il fonctionne. Les services offerts doivent répondre aux normes actuelles des "pratiques exemplaires". Par exemple, les programmes PAEF et PAE devraient faire appel à des professionnels de la santé mentale compétents ayant des connaissances et de l'expérience dans le traitement du TSPT (et non simplement du "counseling"). Les services d'intervention en situation de crise doivent être conçus en tenant compte des dommages potentiels que certaines interventions peuvent causer. Les programmes de soutien par les pairs reflètent une sélection et une formation minutieuses des pairs et ne doivent pas être perçus comme un substitut à une aide professionnelle, le cas échéant.

La recherche suggère également que l'incidence du TSPT augmente lorsque les caractéristiques suivantes du lieu de travail sont présentes :

- l'insécurité de l'emploi,
- des interactions dysfonctionnelles entre collègues, et
- un faible soutien de l'organisation.

En général, les personnes qui ont le sentiment que leur organisation ne les soutient pas, qui ont des attitudes négatives envers leur employeur, qui sont victimes de discordes interpersonnelles en milieu de travail, qui éprouvent une faible satisfaction au travail et qui ont des attitudes négatives envers leur emploi en général ont moins de chances de réussir leur retour au travail.

Étant donné le rôle des facteurs organisationnels dans l'apparition, le maintien et le rétablissement d'un TSPT, l'une des choses les plus utiles qu'une agence policière puisse faire est de remédier aux incohérences organisationnelles et de former les superviseurs de première ligne de manière qu'ils soient en mesure de soutenir leur personnel. De plus, les employeurs peuvent s'efforcer de former tous les membres de leur équipe à l'identification précoce des signes potentiels de traumatisme et à la manière d'y remédier. Enfin, les employeurs peuvent s'efforcer d'identifier les sources d'insatisfaction organisationnelle et d'injustice perçue, qui peuvent contribuer à la stigmatisation et avoir un impact négatif sur la santé mentale.

8. Quels types de mesures d'adaptation en milieu de travail sont appropriées pour les personnes souffrant de TSPT?

Il n'existe pas de solution universelle pour les employés souffrant de TSPT. Les accommodements varieront en fonction de la gravité et de la nature des symptômes. Comme indiqué ci-dessus, les personnes souffrant de TSPT peuvent éprouver des problèmes de concentration, de distractibilité, de surréactivité, de ralentissement du temps de réponse, de troubles du sommeil et donc de fatigue, de problèmes interpersonnels, pour n'en citer que quelques-uns. Les accommodements doivent être en accord avec les symptômes et les limites de la personne, plutôt que d'être simplement liées à un diagnostic. Certains des liens fournis plus loin dans ce document offrent des suggestions sur l'éventail des adaptations possibles en milieu de travail pour le TSPT.

9. Que peuvent faire les travailleurs pour soutenir leurs collègues atteints de TSPT?

Soutenez-les et passez de la parole aux actes.

De nombreux services de police ont mis en place des programmes visant à promouvoir la résilience et à aider les agents souffrant de blessures liées au stress professionnel. Cependant, nous devons tous travailler avec acharnement et constance pour améliorer continuellement la culture policière en matière de santé mentale. Il existe plusieurs possibilités de changement, dont la réduction de la stigmatisation omniprésente associée au fait d'éprouver des émotions face à des événements incroyablement difficiles, et la stigmatisation qui peut accompagner les blessures mentales. La stigmatisation demeure l'un des plus grands défis auxquels sont confrontés les policiers, limitant leurs possibilités de rétablissement et leur capacité de guérison. En effet, de nombreux agents affirment toujours que des collègues à tous les niveaux continuent à qualifier les personnes atteintes de maladie mentale de faibles ou d'inaptes à porter l'uniforme. La réduction de la stigmatisation associée à la santé mentale demeure un défi, en grande partie parce que, contrairement aux blessures physiques, les blessures de santé mentale restent largement invisibles. De plus, pour changer la stigmatisation, il faudra plus que des instructions, des politiques et des formations. Le changement exigera aux individus d'adopter ce qui, pour plusieurs, sera des croyances très différentes. De tels changements peuvent être extrêmement difficiles si les croyances sont anciennes ou fondamentales pour l'identité d'une personne. Il peut également arriver que les personnes chargées du changement doivent sortir de leur zone de confort en remettant en question leurs propres préjugés, en s'efforçant d'inclure des collègues ostracisés et en incitant les autres à favoriser un véritable changement. La meilleure façon d'appuyer ces mesures courageuses est d'aider les chefs de police à "joindre le geste à la parole", en donnant l'exemple des changements nécessaires pour réduire la stigmatisation et améliorer la santé mentale. Les changements commencent par un désir sincère d'aider, par l'adoption de meilleures pratiques fondées sur des données probantes (dans la mesure du possible), et par des efforts sincères pour améliorer une culture difficile. Tout cela est possible si nous relevons ensemble les défis du changement.

Accueillir de nouveau un collègue qui a subi un traumatisme lié au stress professionnel, y compris un TSPT, n'est pas différent de l'accueil d'un collègue qui revient d'une opération, d'une fracture ou d'une grippe. Nous savons qu'ils peuvent avoir besoin d'un peu plus de soutien, qu'ils ne retrouveront peut-être pas tout de suite leur état antérieur et qu'ils pourront éventuellement atteindre une « normalité » différente. Ils peuvent avoir de bons et de mauvais jours. C'est le processus normal du rétablissement. Le travail des collègues est d'aider leurs confrères et consœurs affectés à progresser, dans la mesure du possible, et de continuer à les soutenir.

10. Liens utiles pour des renseignements additionnels

Les liens ci-dessous renvoient à quelques-unes des nombreuses ressources disponibles sur Internet au sujet du TSPT. Remarque concernant les sources Internet : il existe de nombreuses informations erronées, notamment en ce qui concerne l'épidémiologie du TSPT et sa prévalence chez les premiers intervenants. Si vous voyez des statistiques, recherchez des sources fiables (plutôt que l'opinion d'un auteur). De manière générale, vérifiez les références de toute source avant de décider du poids à accorder à l'information.

Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique

<https://www.cipsrt-icrtsp.ca/fr>

L'ICRTSP est un réseau national fonctionnant au sein de la structure de gouvernance du Collaborative Centre for Justice and Safety de l'Université de Régina qui répond aux besoins urgents des services tripartites et du secteur de la sécurité publique pour l'obtention de meilleures preuves scientifiques pratiques qui mèneront à un impact positif réel et imminent sur la santé mentale de tout le personnel de la sécurité publique.

Commission de la santé mentale du Canada

<https://commissionsantementale.ca/>

The MHCC helps build capacity to advance the mental health of first responders and improve their interactions with people living with mental health problems and illnesses. Through stakeholder collaboration, the MHCC develops and adapts training tools and resources to enable first responder organizations to adopt comprehensive mental wellness strategies, focused both internally and externally.

Badge of Life

<http://badgeoflifecanada.org>

Badge of Life Canada est une organisation bénévole de bienfaisance dirigée par des pairs, qui s'engage à soutenir le personnel policier et correctionnel qui doit faire face à des blessures psychologiques diagnostiquées liées au travail.

Sécurité publique Canada

<https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/mrgnc-mngmnt/mrgnc-prprdnss/ptsi-fr.aspx>

Cette page contient des informations de base sur le TSPT chez le personnel de sécurité publique ainsi que des liens vers quelques documents gouvernementaux et connexes.

Canadian Center for Police & Emergency Services Resilience

<http://911resilience.ca/>

Le CCPEER a été créé pour promouvoir la santé psychologique et la résilience chez les policiers, les soldats, les vétérans et les intervenants en cas d'urgence, notamment les pompiers, les secouristes, les professionnels de la santé, les travailleurs sociaux et les services correctionnels.

Providing Reasonable Accommodations to Employees with Post-Traumatic Stress Disorder

<https://askjan.org/modules/ptsd/upload/PTSDInteractiveModuleTranscript.doc>

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et la manière dont une personne atteinte de TSPT peut travailler efficacement grâce à des accommodements en milieu de travail sont souvent mal compris. Les employeurs et les employés handicapés peuvent grandement bénéficier de l'exploration d'idées d'adaptations réussies et de la façon dont ils profitent au lieu de travail..