

Le trouble de stress post-traumatique en santé au travail

AUTEURS :

L. Nohales^{1,2}, J.B. Fassier^{1,2}

1. Service de médecine et santé au travail, Hospices civils de Lyon

2. UMRESTTE, UMR T9405, Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance transport travail environnement, Université Claude Bernard Lyon 1

EN RÉSUMÉ

Le trouble de stress post-traumatique et les troubles apparentés sont un enjeu de santé publique. Un diagnostic précis et une prise en charge médico-psychologique adaptés permettent une amélioration, voire une rémission des troubles. Une prise en charge précoce améliore le pronostic. Ainsi, la connaissance par les médecins et infirmier(e)s du travail de ces troubles, de leur dépistage, des prises en charge pluridisciplinaires et des possibilités de reconnaissance d'un éventuel caractère professionnel est essentielle. L'objectif de cet article est de proposer une synthèse concernant le trouble de stress post-traumatique et les troubles connexes, selon une vision globale en santé au travail et psychique, permettant d'en articuler les enjeux.

MOTS CLÉS

Risque psychosocial / RPS / Stress / Pluridisciplinarité / Surveillance médicale / Suivi médical / Maladie professionnelle / Accident du travail



© FABRICE DIMIER POUR L'INRS

L'objectif de cet article est de proposer une synthèse clinique et thérapeutique du trouble de stress post-traumatique (TSPT), articulée avec les principaux enjeux pour le médecin du travail. Une discussion autour des évolutions sera proposée.

Le TSPT et les troubles apparentés, appelés plus largement les troubles psychotraumatiques, sont un enjeu de santé publique. Selon une étude internationale, environ 70 % de la population aurait déjà subi un événement (ou plus) dit « potentiellement traumatique » ou traumatogène au cours de sa vie [1]. C'est un épisode de rupture pour le

sujet, pouvant induire des changements dans sa vision de la vie, à tel point que l'on évoque aujourd'hui le terme de personne vivant « l'épreuve du psychotraumatisme » [2 à 4]. La symptomatologie est invalidante, et peut perdurer dans le temps, avec un handicap fonctionnel. On repère des conséquences dans les relations interpersonnelles, notamment familiales, l'insertion socioprofessionnelle. Le trouble psychotraumatique nécessite la prise en compte de la psyché, du corps et de l'environnement du sujet pour en saisir la globalité. Des recommandations pour la pratique sont en cours d'élaboration par la

Le trouble de stress post-traumatique en santé au travail

Haute Autorité de santé (HAS) [4]. Le trouble psychotraumatique est connu depuis des siècles. D'Hippocrate à la littérature populaire, les écrits sont nombreux. Les médecins militaires se sont interrogés dès les guerres napoléoniennes sur l'état psychique des soldats atteints du « syndrome du vent du boulet ». La symptomatologie post-traumatique a ensuite été décrite par Oppenheim chez les victimes d'accidents ferroviaires. Puis, « le choc des tranchées », la « traumatophobie » ou la « névrose de guerre » ont été discutés, en particulier dans le contexte des guerres mondiales. Enfin, la société civile a perçu l'existence de ces troubles. La guerre du Vietnam a impliqué de nombreux, et souvent jeunes, hommes qui ont nécessité d'être pris en charge après avoir subi un psychotraumatisme avec des conséquences graves et durables [5, 6]. Au-delà du domaine militaire, les premières études sur les séquelles d'agressions sexuelles et de violences intra-familiales ont également interrogé toute la société civile [7, 8].

Au niveau médical, le TSPT est apparu dans la troisième édition de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* en 1980 (DSM III) (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) et dans la dixième édition de la Classification internationale des maladies (CIM 10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1992. Il a brièvement été apparenté aux troubles anxieux [9] puis un chapitre dédié aux « troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress » a été inséré dans le DSM-5 [10]. En 2018, la CIM 11 a reconnu la notion de TSPT complexe [11].

Ainsi, autrefois peu connu du grand public et même des médecins, le TSPT est mis en avant depuis plusieurs années, au fil des attentats, actes violents, catastrophes et épi-

démies, qui sont largement médiatisés. Au-delà des situations traumatogènes de façon évidente, c'est aussi une pathologie émergeant du quotidien et notamment d'événements au travail. Selon l'étude réalisée par l'Assurance maladie sur les troubles psychiques liés au travail [12], plus de 10 000 affections psychiques au titre des accidents du travail (AT) et 600 au titre des maladies professionnelles (MP) ont été reconnues en 2016. La durée moyenne d'arrêt de travail est respectivement de 112 jours (contre 65 en moyenne pour tout type d'AT) et 400 jours. Les secteurs à risque sont en particulier le médico-social (20 % des cas), le commerce de détail (13 %), les transports (15 %). Les femmes, en moyenne de 40 ans, sont plus souvent touchées, ainsi que les salariés en contact avec du public. Les événements déclenchants sont classiquement brutaux (agressions, menaces, braquages). Le travail peut donc être pourvoyeur de TSPT.

LE TROUBLE PSYCHOTRAUMATIQUE

FACTEURS DE RISQUE DE DÉVELOPPER UN TSPT APRÈS UN ÉVÉNEMENT POTENTIELLEMENT TRAUMATIQUE

Au minimum 70 % de la population est confrontée à au moins un événement potentiellement traumatique (EPT) durant sa vie, avec un sentiment d'impuissance, de peur voire d'horreur [1, 13]. Les facteurs de risque de développer un TSPT sont nombreux. Des études portant sur la reconnaissance d'un marqueur biologique sont en cours [14].

Le risque de développer un TSPT provient de l'interaction entre

un sujet et un événement au sein d'un environnement particulier. Un EPT ne suffit pas à générer un TSPT, même s'il existe un effet « dose-réponse » (du fait du nombre d'événements vécus et/ou de la charge traumatogène de l'événement, considérée comme augmentée pour les actes de guerres, de violences sexuelles et de malveillance humaine en particulier) [1, 13]. Ainsi, la recherche en génétique et épigénétique permet des progrès importants pour la compréhension des troubles. Les autres facteurs de risque connus sont en particulier le sexe féminin (deux femmes pour un homme), un faible niveau socio-éducatif et des antécédents psychiatriques ou de psychotraumatisme [13].

Le ressenti par le sujet pendant et après l'EPT peut majorer le risque : ressenti d'une menace sur la vie, d'une détresse psychique et d'émotions négatives fortes (horreur, impuissance, honte, culpabilité...), ainsi qu'un épisode dissociatif péri-traumatique¹ ou une symptomatologie intense dans les jours qui suivent. L'environnement social module le risque : l'isolement est un facteur de risque majeur alors qu'un soutien social fort et adapté pour faire face aux vécus douloureux est un facteur protecteur [13, 16].

PRÉVALENCE ET FACTEURS DE RISQUE EN POPULATION GÉNÉRALE

La prévalence vie entière du TSPT varie selon les études, pouvant être estimée à environ 8,3 % [13]. Une enquête européenne sur la santé mentale a examiné la prévalence des événements traumatiques et la probabilité conditionnelle de TSPT dans un échantillon national représentatif de la France (1436 sujets) [17]. Dans l'ensemble, l'exposition à au moins un événement

1. État psychique réactionnel et transitoire suivant un événement traumatogène trop intense caractérisé par la déconnexion temporaire des processus mentaux les uns des autres (pensées, émotions, comportements...). Il s'agit d'un épisode ponctuel, ayant une fonction adaptative [15].

traumatique était de 72,7 %, et la prévalence du TSPT au cours de la vie était de 3,9 %. Le fait d'être battu par un partenaire amoureux (25 % des cas de TSPT de l'échantillon), d'avoir un enfant atteint de maladie grave (23,5 %) et le viol (21,5 %) étaient associés au risque le plus élevé de TSPT. La durée moyenne du TSPT était de 5,3 ans (entre 0,2 et 28,1). Selon cette enquête, le fardeau du TSPT en France semble provenir des conséquences de la violence et des événements de l'environnement social personnel, plus que des expositions d'origine professionnelle.

CATÉGORIES PROFESSIONNELLES EXPOSÉES À DES ÉVÉNEMENTS POTENTIELLEMENT TRAUMATIQUES

L'étude de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) [18] sur les conditions de travail et la santé a mis en évidence qu'un salarié sur quatre (23 % des hommes et 28 % des femmes) avait été exposé dans les 12 mois précédant l'enquête en tant que « victime d'une agression (verbale, physique ou sexuelle) du public, de collègues ou d'un supérieur hiérarchique ». Parmi les victimes déclarées, les catégories professionnelles les plus concernées étaient les employés qualifiés (46 % des hommes et 36 % des femmes), les employés non qualifiés (37 % des hommes et 18 % des femmes), les professions intermédiaires (26 % des hommes et 36 % des femmes) et les cadres (19 % des hommes et 31 % des femmes). Les hommes employés qualifiés (40 %) sont les plus soumis à ce risque par le public, et les femmes cadres (17 %) sont plus souvent victimes d'agressions par les collègues ou supérieurs. Les métiers les plus soumis à ce risque sont dans les domaines de la santé

et action sociale (46 %), banque et assurance (39 %), administration publique, police et armée (38 %).

CATÉGORIES PROFESSIONNELLES CONCERNÉES PAR LE TSPT

LITTÉRATURE INTERNATIONALE

Une revue de littérature a identifié que l'incidence d'un TSPT après un événement ainsi que sa prévalence dans une catégorie professionnelle donnée sont d'ampleur variable selon les outils de mesure utilisés [19]. Les travailleurs exposés à des catastrophes naturelles (ouragans, tremblements de terre, inondations, incendies), à des accidents industriels ou encore à des actes de violence volontaire (guerre, terrorisme, banditisme) sont particulièrement à risque de développer un TSPT. Les professionnels de santé, des services publics (pompiers, police, transports) et pénitentiaires sont également des catégories plus exposées à la violence physique et à des EPT. Des conditions de travail défavorables (stress, charge de travail, manque de soutien) peuvent contribuer à augmenter le risque de développer un TSPT après un événement, alors que les conditions de travail favorables (soutien social) peuvent au contraire réduire ce risque.

Cependant, une méta-revue de la littérature a souligné la faiblesse du niveau de preuve scientifique au vu de la faiblesse méthodologique des études originales et des revues systématiques de la littérature [20]. Une méta-analyse conduite sur 31 études a identifié que les militaires en zone de guerre avaient un risque accru de développer un TSPT (risque relatif RR de 2,18 avec un intervalle de confiance IC à 95 % entre 1,83-2,60) ainsi que les employés ayant été exposés à un traumatisme d'origine professionnelle

[21]. Le risque de TSPT pour les employés exposés à un traumatisme lié au travail était fortement accru (RR = 3,18 ; IC95 : 1,76-5,76), avec également une augmentation de 77 % du risque de dépression (RR = 1,77 ; IC 95 : 1,45-2,15).

Pour les militaires en zone de guerre, les auteurs ont souligné que les études ne différençaient pas les sujets ayant été exposés ou non à des EPT, ce qui pourrait conduire à sous-estimer le risque de TSPT dans cette population spécifique. Pour les autres professions, les auteurs estiment que les catégories professionnelles ne peuvent pas être utilisées comme variable de substitution pour estimer le risque de TSPT, qui devrait toujours l'être à partir de la recherche d'un événement potentiellement traumatique.

DONNÉES FRANÇAISES

Une étude sur données a été effectuée par le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) au sujet de 416 cas sur la période 2001-2015. Au-delà des professions jugées à risque de façon habituelle (militaires, pompiers, policiers, journalistes de guerre, conducteurs de métro...), des professionnels de la santé, du commerce, de l'administration, de l'industrie et du service aux entreprises ont été recensés, qu'ils soient hauts fonctionnaires, cadre de direction, employés ou professions intermédiaires [22].

Une autre étude épidémiologique menée sur 168 dossiers d'une consultation de pathologie professionnelle a identifié 9 % de TSPT, en majorité chez les employés et les ouvriers, et dont 66,5 % des cas étaient associés à un épisode dépressif majeur [23].

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

Le diagnostic de TSPT est un diagnostic clinique. Il est essentiel de

Le trouble de stress post-traumatique en santé au travail

rechercher d'emblée un ou plusieurs EPT, dont la présence datée est nécessaire au diagnostic. Il s'agit d'un critère essentiel, basé sur la notion d'exposition à la mort, à une menace de mort, à une blessure grave, à des violences sexuelles [10]. Il est important de rappeler que la gravité « objectivable » de l'événement n'est pas forcément corrélée au risque de développer un TSPT (hormis le cas particulier des faits de guerre et violences sexuelles) et qu'un événement qui pourrait sembler mineur peut créer les conditions à l'origine d'un authentique TSPT.

Dans la période dite immédiate (24 à 48 heures), les réactions sont variées. Le stress dit « adapté » est le plus fréquent. Les sujets activent leur système interne de réaction face au danger, en particulier l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, avec des manifestations biologiques, physiques et psychologiques de stress. Ils conservent un contact relationnel adapté. Une plus faible proportion de personnes présente un épisode de stress dit « dépassé », pouvant se traduire par un épisode de dissociation péritraumatique. Ces personnes sont sidérées, avec un contact relationnel et des réactions comportementales inadaptées, des agitations, un risque de fuite ou d'actes dits « automatiques », des mises en danger (raptus par exemple). Enfin, de façon rare, des antécédents psychiatriques (connus ou non) peuvent venir « colorer » les réactions à l'événement traumatique en fonction de la pathologie sous-jacente (symptômes anxieux, trouble délirant...).

Par la suite, les sujets peuvent présenter des symptômes du psychotraumatisme. Le trouble de stress aigu correspond aux symptômes sur les jours 3 à 30 (encadré 1) et le TSPT après 30 jours (encadré 2). Les

2. Il est à noter que les troubles du sommeil sont fréquents, avec un fort retentissement. Ils sont en même temps un facteur de risque de développer un TSPT ou un symptôme et sont un facteur de complication du trouble.

caractéristiques cliniques du syndrome psychotraumatique selon le DSM-5 sont présentées dans les encadrés 1 et 2. Une expression retardée des symptômes peut se voir à plus de 6 mois de l'EPT [10, 24].

Des grandes dimensions sont repérées : l'intrusion, l'évitement, l'hypervigilance, les symptômes dissociatifs et les perturbations de l'humeur et de la cognition².

Les troubles dissociatifs doivent être recherchés. Les épisodes sont transitoires mais peuvent être récurrents ; les sujets peuvent se mettre en danger. La dissociation est retrouvée en particulier dans les traumatismes complexes (syndrome de dépersonnalisation-déréalisation, amnésie et fugue

dissociative, trouble dissociatif de l'identité). Les formes particulières de psychotraumatisme dénommées « trouble de stress traumatique complexe » ou DENOS (*Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified*) sont aujourd'hui reconnus. Ces troubles sont souvent associés aux événements répétés ou prolongés, avec un fort vécu négatif ou sans échappatoire envisageable, d'autant plus s'ils ont été vécus dans l'enfance. Outre les symptômes psychotraumatiques typiques qui durent dans le temps, on retrouve une dysrégulation affective, une perception négative de soi (associée à des émotions négatives, comme la culpabilité ou la honte), des relations inter-

↓ Encadré 1

► CRITÈRES RÉSUMÉS DU DSM-5 DU TROUBLE DE STRESS AIGU

A. Exposition à la mort, une menace de mort, une blessure grave, des violences sexuelles

Exposition directe

Témoin direct

Annonce : événement accidentel ou violent d'un proche

Exposition répétée ou extrême à des éléments morbides (secours, soignants...)

B. Présence d'au moins neuf des symptômes ; début ou aggravation suite et en lien avec un événement traumatogène

Symptômes envahissants :

- souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants avec détresse ;
- rêves répétitifs avec détresse ;
- réactions dissociatives (*flashbacks*...);
- détresse psychique lors de *stimulus*.

Humeur négative persistante

Symptômes dissociatifs :

- déréalisation, dépersonnalisation ;
- amnésie.

Symptômes d'évitement :

- souvenirs, pensées, sentiments ;
- rappels externes.

Symptômes d'éveil :

- sommeil ;
- irritabilité, colère ;
- hypervigilance, réaction de sursaut ;
- troubles de la concentration.

C. La durée des symptômes (B) est de 3 jours à 1 mois après l'exposition à l'événement

Début souvent rapide des symptômes

D. Souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement (social, professionnel ou autre)

E. Pas d'imputabilité d'une substance ou d'une autre affection médicale, pas de lien avec un trouble psychotique bref

↓ Encadré 2

► CRITÈRES RÉSUMÉS DU DSM-5 DU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

A. Exposition à la mort, une menace de mort, une blessure grave, des violences sexuelles

Exposition directe

Témoignage direct

Annonce : événement accidentel ou violent d'un proche

Exposition répétée ou extrême à des éléments morbides (secours, soignants...)

B. Présence d'au moins un symptôme envahissant ayant débuté suite et en lien avec l'événement

Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants avec détresse

Rêves répétitifs avec détresse

Réactions dissociatives (*flashbacks*...)

Détresse psychique lors de *stimulus*

Réactions physiologiques marquées lors de *stimulus* (tachycardie, sueurs...)

C. Évitement persistant des *stimulus* associés à au moins un événement et débutant après sa survenue

Souvenirs, pensées ou sentiments (et détresse) et les *stimulus* associés sont évités

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées, débutant ou s'aggravant dans les suites d'un événement

Amnésie (dissociative)

Croyances négatives : soi, les autres, le monde

Distorsions cognitives, blâme de soi et autrui

État émotionnel négatif, perte des affects

Diminution de l'intérêt, de la participation à des activités

Sentiment de détachement

E. Altérations de l'éveil (hyper) et de la réactivité (hyper) associées à au moins un EPT et débutant ou s'aggravant dans les suites

Comportement irritable ou colères, inadapté

Comportement irréfléchi ou autodestructeur

Hypervigilance, sursaut exagéré

Troubles de la concentration

Perturbation du sommeil

F. Durée > 1 mois des symptômes B, C, D, E

G. Souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement (social, professionnel ou autre)

H. Pas d'imputabilité d'une substance ou d'une autre affection médicale

Au-delà de tous ces critères, il est nécessaire de préciser s'il y a présence de symptômes dissociatifs (dépersonnalisation, déréalisation)

personnelles altérées, des troubles dissociatifs, des troubles de somatisation. Les systèmes de croyance et les valeurs internes sont dégradés. La personnalité peut être modifiée. La souffrance est majeure [11].

Si l'évaluation clinique est primordiale, des outils psychométriques peuvent la soutenir, que ce soit au niveau des facteurs de risque (par exemple : PDEQ pour la dissociation péritraumatique, PDI pour la détresse péritraumatique ressentie [25, 26]) ou du dépistage (par exemple l'échelle PCL-5 [27]).

En parallèle du TSPT, on repère des troubles psychiques et somatiques associés [28, 29]. Les troubles psy-

chiatryques associés sont estimés à 80 % des cas [30]. De manière générale, on note :

- le risque suicidaire : à dépister de manière répétée, car l'évolution est fluctuante et imprévisible. Une étude en service de pathologie professionnelle retrouvait 37,9 % d'idées suicidaires associées au TSPT depuis le début des difficultés professionnelles et 13,8 % lors de la consultation [23] ;
- les troubles dépressifs, retrouvés dans 75 % des cas en service de pathologie professionnelle [23] ;
- les troubles anxieux, dont les phobies ;
- les abus de substance, en particu-

lier l'alcool et les psychotropes (initialement souvent à visée sédatrice ou anxiolytique) et les troubles des conduites ;

- les troubles somatoformes et pathologies de somatisation ;
- les douleurs chroniques, troubles du comportement alimentaire et pathologies somatiques ;
- les troubles de personnalité ;
- les épisodes psychotiques (symptômes délirants...).

PRISES EN CHARGE DU PSYCHOTRAUMATISME

Les traitements du psychotraumatisme ont pour but premier de faire régresser les symptômes psychotraumatiques mais également les troubles associés.

Les prises en charge précoces permettent d'améliorer le pronostic [4]. Elles peuvent être individuelles ou groupales selon les situations. Les Cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) permettent une intervention rapide auprès des personnes impliquées, après des événements à fort retentissement collectif [31].

Les psychothérapies ciblées sur le traumatisme ont une efficacité reconnue et sont actuellement recommandées en première intention. De manière générale, le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE – Institut britannique national pour la santé et l'excellence des soins) suggère qu'un traumatisme récent isolé peut régresser grâce à une prise en charge brève, avec des consultations de durée suffisante et rapprochées. Lorsque le psychotraumatisme est constitué et après un événement isolé, environ 8 à 12 consultations de psychothérapies ciblées peuvent permettre la régression des symptômes. Les situations complexes nécessitent en général un suivi plus long [32]. Actuellement, plusieurs types de thérapie

Le trouble de stress post-traumatique en santé au travail

sont reconnues [33, 34]. La thérapie cognitivo-comportementale ciblée et l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) ont fait la preuve de leur efficacité. D'autres sont recommandées ou utilisées en pratique comme l'hypnose ou la thérapie d'exposition narrative.

Le traitement pharmacologique est recommandé en seconde intention. Les traitements symptomatiques sont à limiter au strict nécessaire. Les benzodiazépines sont controversées du fait des risques (aggravation du risque psycho-traumatique, baisse d'efficacité de psychothérapies, tolérance, dépendance...). L'hydroxyzine peut être utilisée, en discutant les risques de sédation et de perte d'alliance thérapeutique. Si le sujet présente des signes de gravité ou est gêné pour effectuer la psychothérapie, un traitement (symptomatique ou de fond) peut être discuté d'emblée. La classe utilisée en première ligne dans le TSPT est celle des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). La sertraline, la paroxétine, la fluoxétine ont notamment obtenu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) ou sont reconnues comme efficaces [32]. D'autres classes thérapeutiques peuvent être utilisées en cas d'inefficacité ou mauvaise tolérance des ISRS. Il existe un risque de rechute à l'arrêt du traitement. Une poursuite du traitement médicamenteux pendant plusieurs mois après rémission du trouble puis une baisse progressive peut permettre de limiter ce risque, de même qu'une psychothérapie associée. En parallèle, des protocoles d'utilisation de psychothérapies « chimiofacilitées ou chimioaugmentées » sont récents, comme avec les β -Bloquants [35]. L'utilisation de nouvelles molécules est en cours d'étude.

Il est essentiel de noter que la prise en charge de la victime doit être

globale et va au-delà des soins médico-psychologiques ciblés. Il peut être nécessaire de mettre en place des mesures visant à protéger la personne. Un signalement peut être fait avec l'accord de la victime. Il peut être également discuté, dans certaines circonstances, chez un majeur en danger immédiat et dans l'incapacité de se protéger (loi du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales). Des recommandations de la HAS ont permis l'élaboration de fiches pratiques de repérage et d'action pour les situations de violences conjugales [36]. Il est également nécessaire d'aider à la reconnaissance du préjudice subi. Les certificats médicaux et orientations adaptées (juristes, associations, médecins...) selon les procédures sont primordiaux.

Les prises en charge non spécifiques vont permettre de compléter les soins ciblés. Le travail d'alliance thérapeutique, notamment aidé par des outils de psychoéducation, est essentiel. Il permet une meilleure adhésion aux soins. Des interventions non médicamenteuses favorisant la promotion de la santé physique (activité physique, alimentation...), les prises en charge psychocorporelles basées sur la respiration, la relaxation (de type cohérence cardiaque par exemple), la méditation ou la psychomotricité sont également pertinentes à proposer, avec l'objectif d'améliorer la santé mentale [37, 38].

De manière générale, les prises en charge du psychotraumatisme sont basées sur la consultation et effectuées en ambulatoire, en pluridisciplinarité si possible. Les soins en hôpital de jour (sessions groupales) peuvent être pertinents pour renforcer celui fait en consultation. L'hospitalisation à temps complet est indiquée en cas de signes de gravité (dépression sévère, risque

suicidaire élevé, symptômes psychotiques, mises en danger...), par la nécessité d'éloigner le sujet de son environnement ou d'une surveillance pharmacologique continue.

ENJEUX POUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

DÉPISTAGE

Plusieurs études concordent sur l'ampleur de la sous-reconnaissance clinique des tableaux de TSPT et sur l'importance de mieux les reconnaître [17, 19 à 21]. Les implications pour les services de santé au travail sont de pouvoir dépister puis orienter les personnes concernées vers une évaluation et une prise en charge appropriées, d'adapter le poste de travail à leur état de santé et de les conseiller, le cas échéant, sur les enjeux et modalités des démarches administratives de reconnaissance de l'origine professionnelle de leurs troubles.

Au-delà d'un EPT bien identifié, un dépistage ciblé devrait être systématiquement effectué dans les situations où les salariés sont exposés à des événements multiples de moindre intensité, qui retiennent moins l'attention qu'un événement potentiellement traumatique unique et plus intense (par exemple les agressions verbales répétées aux urgences ou pour les conducteurs des transports publics). Il en est de même pour les situations de brimades ou autres comportements évocateurs de harcèlement, dont les victimes sont susceptibles de développer des symptômes appartenant au faisceau diagnostique du psychotraumatisme.

Bien que la majeure partie des TSPT soit d'origine extraprofessionnelle, l'impact de ces troubles sur l'état

de santé et les capacités fonctionnelles du sujet, compte tenu des possibilités d'action préventive du médecin du travail, justifie de les rechercher dans le contexte de la santé au travail au moyen de questions adaptées. Un antécédent d'EPT ou de TSPT devrait être systématiquement recherché dans les situations où un salarié présente des symptômes évocateurs ou s'il est potentiellement exposé dans le cadre professionnel à des violences et agressions verbales, physiques ou sexuelles, accidents, décès... Des questions simples permettent un premier repérage, par exemple : « Avez-vous déjà été victime d'événements marquants ou de violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) durant votre vie ? » ; « Revivez-vous des moments de vie vécus, la journée ou via des cauchemars la nuit ? » ; « Sursautez-vous facilement ? » ; « Comment vous sentez-vous à la maison ? et avec votre conjoint ? » [36].

COORDINATION DES ACTEURS

Lors des événements de grande ampleur, la prise en charge à la phase précoce peut être réalisée par les CUMP. L'organisation des relais de prise en charge dans l'après-coup est un enjeu majeur. Un réseau est en cours de mise en place avec notamment des centres régionaux du psychotraumatisme, financés par le ministère des Solidarités et de la Santé (au nombre de 10 en 2020), coordonnés par le Centre national de ressources et de résilience (CN2R) (<http://cn2r.fr>). Des recommandations pour la pratique clinique sont également en cours d'élaboration sous l'égide de la HAS [4]. Elles permettront de faire le lien entre les différents acteurs et niveaux de prise en charge globale : médical, psychiatrique et psychologique, social, associatif et judiciaire.

Les échanges du médecin du travail avec les autres médecins (médecin traitant, psychiatre ou autre) interviendront toujours dans le respect du secret médical partagé, avec l'accord explicite du salarié et après information sur les bénéfices attendus de la coordination pour la qualité de sa prise en charge. Le médecin du travail pourra utilement préciser au médecin psychiatre les circonstances de l'événement lorsqu'il est survenu dans le cadre du travail, ainsi que les conditions habituelles de travail du salarié qui peuvent nécessiter des aménagements. De son côté, le médecin psychiatre est fondé à préciser au médecin du travail les aménagements du poste de travail qui lui semblent nécessaires dans le projet thérapeutique, au regard des symptômes, diagnostics et antécédents du salarié dont le médecin du travail n'a pas toujours connaissance.

AMÉNAGEMENTS DU POSTE DE TRAVAIL

L'analyse des aménagements nécessaires du poste de travail procédera de façon habituelle. La présence de symptômes, de conséquences fonctionnelles du TSPT (notamment l'anxiété, l'hypervigilance, la labilité émotionnelle, l'irritabilité et les comportements d'évitement) et d'éventuels effets secondaires du traitement seront mis en regard des exigences du poste de travail (notamment les demandes d'ajustement dans les relations sociales avec les collègues ou le public, les exigences cognitives et les exigences émotionnelles) ainsi que l'environnement du travail (bruit, lumière, circulation des personnes par exemple). Une attention particulière sera portée à l'évaluation du risque d'être ré-exposé à des situations traumatogènes.

De façon générale, les aménagements qui pourront faciliter la reprise du travail et le maintien dans l'emploi peuvent comporter des tâches limitant les interactions sociales avec un nombre important de personnes (en privilégiant les interactions avec des collègues de confiance), un environnement calme et rassurant (limitant par exemple le bruit et les situations potentielles de surprise, avec la possibilité de s'isoler pour gérer des symptômes d'angoisse...). L'extraction (transitoire ou non) d'un lieu ou d'une situation stimulant la mémoire traumatique doit également être discutée. La durée et l'ampleur des aménagements seront adaptées à l'évolution clinique. Un suivi régulier par le médecin du travail est ainsi nécessaire.

La durée d'évolution peut être très variable. Si une évolution rapide peut être observée dans les situations de TSPT simple consécutif à un événement isolé, celle-ci peut être longue lors de situations de traumatisme complexe, en particulier consécutif à l'exposition répétée à des violences (maltraitance, violences intrafamiliales, professions à risques...). Un reclassement ou une reconversion professionnelle pourront être nécessaires si les exigences habituelles du travail ne sont pas compatibles avec l'état de santé. Le risque d'inaptitude médicale devra être plus particulièrement évalué chez les personnes exerçant dans les métiers les plus exposés aux risques de violences.

RECONNAISSANCE ADMINISTRATIVE DE L'ORIGINE PROFESSIONNELLE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Selon les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), plus de 10 000 affections psychiques ont été reconnues en

Le trouble de stress post-traumatique en santé au travail

2016 au titre des AT, avec une progression de la part des affections psychiques dans l'ensemble des AT de 1 % à 1,6 % entre 2011 et 2016 [12]. Cependant, le taux de reconnaissance de ces accidents se situe autour de 70 %, inférieur à celui obtenu pour tous types d'accidents confondus (93 %). Ce décalage correspond, d'une part, à l'existence fréquente d'une composante extra-professionnelle contribuant à la santé mentale (nécessitant d'établir que l'événement survenu au travail est bien la cause « déterminante » ou « essentielle » de la pathologie) et, d'autre part, aux difficultés plus importantes d'établir la matérialité d'un sinistre ayant une composante psychologique (d'autant plus en cas de désaccord entre l'employeur et le salarié quand ils sont protagonistes de la situation en cause).

La durée moyenne d'arrêt de travail est de 112 jours pour les affections psychiques reconnues en AT, là où la moyenne s'établit à 65 jours tous AT confondus. Parmi les affections psychiques reconnues en AT, 7,5 % donnent lieu à une incapacité permanente contre 5 % pour les AT en général [12].

MALADIES PROFESSIONNELLES

À la différence d'un AT qui suppose un événement ponctuel et daté, la prise en charge d'un trouble psychique en MP intervient en cas d'exposition prolongée. Il n'existe pas en France de tableau de MP relatif aux affections psychiques. Leur prise en charge relève donc du système complémentaire des affections hors tableaux (alinéa 7 et 9 de l'article L. 461.1 du Code de la Sécurité sociale avec recours au Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles – CRRMP) sous réserve d'un niveau de gravité suffisant (responsable du décès ou d'une incapacité prévi-

sible d'au moins 25 %). Le CRRMP se prononce au cas par cas sur l'existence d'un lien « direct et essentiel » entre le trouble et l'activité professionnelle, ce qui ne signifie pas pour autant que ce lien soit exclusif.

Le facteur déterminant à prendre en compte pour établir l'origine professionnelle de l'état de stress post-traumatique est la survenue d'un ou de plusieurs, événement(s) traumatique(s) caractérisé(s) dans le cadre professionnel. Par ailleurs, le manque de soutien social (notamment l'absence de reconnaissance du traumatisme par l'employeur ou les collègues) à la suite de l'événement traumatique constitue un facteur de risque [39]. Le nombre de demandes de reconnaissance de maladies psychiques a augmenté, d'environ 200 en 2012 à plus de 1 100 en 2016 [12]. Environ 50 % des dossiers aboutissent à une reconnaissance de l'origine professionnelle (contre 20 % pour l'ensemble des autres pathologies transmises aux CRRMP). Ainsi, en 2016, 596 affections psychiques ont été reconnues comme MP, soit sept fois plus qu'en 2011. Au sein de ces affections, la part des dépressions est majoritaire. Les états de stress post-traumatique sont minoritaires mais en progression constante (6 cas reconnus en 2011 et 65 en 2016) [12]. Cette progression est attribuable à la conjonction de l'augmentation du nombre de pathologies psychiques liées au travail, à un assouplissement réglementaire pour la saisine du CRRMP³, à une médiatisation conduisant à une meilleure connaissance des droits des victimes et à un possible meilleur dépistage des troubles psychiques, notamment psychotraumatiques, en lien avec le travail. Un psychiatre peut siéger au CRRMP depuis juin 2016 pour ces dossiers particuliers.

3. Les recommandations aux médecins-conseils en 2012 prévoient que, pour les atteintes psychiques, ils évaluent un taux d'incapacité permanente « prévisible » (avant consolidation, pour permettre l'étude du dossier par le CRRMP) et précisent les critères d'évaluation de l'incapacité et les pathologies pouvant être prises en charge (troubles dépressifs, états de stress post-traumatiques et troubles anxieux).

Les MP psychiques sont plus graves que les AT puisqu'elles correspondent par principe à des incapacités prévisibles de plus de 25 %. Les durées moyennes d'arrêt observées sont très longues (environ 400 jours), ce qui peut s'expliquer par la lourdeur des pathologies psychiques, la longueur des soins nécessaires ou des situations professionnelles bloquées qui compromettent le processus de rétablissement.

La prise en charge des affections psychiques liées au travail aura représenté 230 M€ pour la branche AT/MP en 2016 (175 M€ pour les AT, 17 M€ pour les accidents de trajet et 40 M€ pour les MP) [12].

ACCOMPAGNEMENT DES VICTIMES

Malgré l'augmentation de la reconnaissance de l'origine professionnelle des affections psychiques [12], il existe encore une sous-identification des troubles et une probable sous-déclaration de ces sinistres [12, 20, 21]. Il convient de principe d'encourager ces déclarations pour permettre aux victimes d'accéder à leurs droits, et de les aider à évaluer le rapport coûts-bénéfices de la démarche pour leur permettre de prendre la décision la plus conforme à leurs intérêts.

Faire reconnaître une atteinte à la santé mentale en AT ou en MP peut être une démarche complexe et éprouvante [40]. Il est essentiel de faire avec le salarié l'analyse du choix de la procédure pertinente, en lui expliquant la logique des deux procédures. Le conseil d'un juriste sera utile pour expliquer les éléments techniques, procéduraux, et pourra déterminer la réussite ou l'échec de la demande.

La reconnaissance administrative peut participer de la réparation psychique et financière des dommages subis. Pour autant, la

longueur de la démarche (9 à 12 mois en moyenne) et les aléas des résultats sont susceptibles de réactiver la mémoire traumatique et les symptômes du sujet. La charge de la preuve qui incombe au demandeur dans le système complémentaire des CRRMP peut être vécue comme une injustice supplémentaire, avec un sentiment d'humiliation de devoir justifier ses troubles, s'ajoutant au traumatisme initial et aux conséquences endurées tant sur le plan de la santé que sur le plan professionnel.

Dans ces démarches, le médecin du travail est le professionnel compétent pour établir une attestation sur les conditions de travail du salarié et les risques auxquels il a été exposé. Il pourra également soutenir le salarié et l'orienter pour l'aider à traverser la complexité des procédures aux différentes étapes (service social, associations de victimes, soutien psychologique, soutien juridique).

Au-delà des enjeux de la reconnaissance administrative, il importera dans tous les cas d'accompagner la victime dans l'évolution de son devenir professionnel, dont la formulation du projet pourra participer à son processus de rétablissement.

DISCUSSION

Les troubles psychotraumatiques sont fréquents et doivent être largement dépistés dans le cadre du travail pour permettre une prise en charge globale adaptée. Des évolutions sociétales facilitent actuellement cette amélioration. La prise de conscience politique a permis l'ouverture de centres spécialisés, coordonnés au plan national (CN2R). Il s'agit d'une première reconnaissance de l'impact clinique de ces troubles dans tous les domaines de

la vie des sujets qui en sont atteints. Si la dimension clinique est mieux reconnue, celle de l'impact du travail et au travail nécessite encore une réflexion approfondie. Dans le cadre d'un événement survenu au travail, les démarches de reconnaissance du traumatisme (AT/MP) sont éprouvantes. Elles peuvent être un véritable parcours du combattant pour le sujet, déjà rendu vulnérable par sa pathologie traumatique et une situation professionnelle vécue négativement [40]. Les procédures sont longues, coûteuses. Elles imposent au demandeur de raconter son histoire traumatique à de multiples reprises, d'argumenter ses souffrances induites. Le risque est de réactiver la mémoire traumatique et d'acutiser une symptomatologie, souvent améliorée au prix de soins confrontants et pouvant être coûteux. La méconnaissance de ces troubles par les professionnels – y compris en psychiatrie et en psychologie – rend plus ardue encore leur reconnaissance. Des dossiers souvent peu étayés, sans possibilité de preuves supplémentaires, augmentent ces difficultés. En l'absence de trace physique, marqueur biologique ou examen complémentaire pour « objectiver » les troubles, il ne reste aux victimes que les certificats, leur parole et leurs souffrances. En cas de non reconnaissance de l'imputabilité des troubles, le vécu d'injustice peut être décuplé par l'invocation d'une vulnérabilité personnelle antérieure (antécédent voire exposition traumatique antérieure, d'autant plus si la personne a été actrice pour s'en dégager) ou de sa personnalité. Le risque est une aggravation de l'état psychique, par un vécu de remise en cause de sa propre personne [40].

Le retentissement financier, de productivité et le coût humain de ces

procédures de reconnaissance AT/MP incitent à repenser le système de reconnaissance et d'indemnisation. Une réflexion approfondie est nécessaire sur la possibilité de reconnaissance systématique lorsqu'une exposition au travail est démontrée et que sont constatés des troubles psychiques compatibles avec cette exposition, comme pour les pathologies somatiques. Le Danemark a été précurseur en Europe en reconnaissant le TPST en tant que maladie professionnelle indemnisable [41]. Cela évite au demandeur d'avoir à apporter la preuve d'un lien « direct et essentiel » [39] dans des troubles qui sont le plus souvent multifactoriels. Une prise de conscience sociétale de l'existence fréquente de facteurs de risque et d'événements négatifs contribuant aux pathologies psychiques, y compris au travail, est nécessaire [42]. À l'heure où la « parole se libère », les victimes de violences sexuelles, intra-familiales, conjugales et autres évoquent plus facilement en consultation les faits antérieurs subis et les troubles psychiques inhérents. Ainsi, la question se pose de savoir comment conjuguer la valorisation de cette parole (nécessaire au processus de prise en charge et de rétablissement) et faire en sorte que les faits et troubles invoqués ne deviennent pas un argument de non-reconnaissance lors d'un événement traumatique au travail au motif de l'existence d'un état antérieur [39]. Il convient enfin de rappeler que le travail devrait pouvoir intervenir comme un lieu de ressources possibles et de rétablissement pour les victimes de traumatismes antérieurs, qu'ils soient survenus dans la vie professionnelle ou personnelle. Il a, en effet, été souligné que des actions et des comportements de l'employeur, de l'encadrement et des collègues peuvent soutenir

Le trouble de stress post-traumatique en santé au travail

la personne victime de psychotraumatisme et l'aider dans sa reconstruction [43].

CONCLUSION

Depuis quelques années, le trouble de stress post-traumatique est mieux connu du grand public, des professionnels de santé et des spécialistes en santé mentale. Pour autant, il reste un enjeu fort dans les services de santé au travail. La sensibilisation de ces professionnels permet une vigilance particulière dans ce domaine complexe et un meilleur dépistage pour une prise en charge à la fois précoce et adaptée.

Le psychiatre et le médecin du travail ont un rôle complémentaire, tous deux nécessaires à la bonne évolution clinique et professionnelle du patient/salarié. Avec l'accord de la victime, un bon lien entre les praticiens leur permet de mieux appréhender sa situation, d'ajuster l'accompagnement et les soins prodigués, pour un meilleur bénéfice global de la santé et du devenir professionnel.

La juste reconnaissance de l'origine ou de la composante professionnelle de ces troubles au moyen de procédures adaptées est un axe de réflexion et d'amélioration de la prise en charge de ces sujets rendus vulnérables par des événements de vie. Un accompagnement global est de nature à faciliter leur chemin de résilience.

POINTS À RETENIR

- Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un trouble de santé mentale invalidant, fréquent et sous-estimé
- La majorité des TSPT sont d'origine extraprofessionnelle mais peuvent avoir un impact sur la vie professionnelle ou être aggravés par des événements professionnels.
- Le travail peut être pourvoyeur de TSPT, quel que soit le métier du salarié.
- Après toute exposition à un événement potentiellement traumatique, un psychotraumatisme doit être recherché.
- Les troubles somatiques et psychiques associés au TSPT, dont le risque suicidaire, doivent être systématiquement recherchés.
- Le TSPT est accessible à une prise en charge adaptée qui améliore le pronostic si elle est précoce mais reste toujours pertinente.
- Le dépistage par les services de santé au travail est essentiel pour repérer et orienter vers un bilan et une prise en charge adaptée.
- En cas de psychotraumatisme lié au travail, le médecin du travail informe le salarié sur les éventuelles procédures administratives de reconnaissance et l'accompagne dans ces démarches.
- Le médecin du travail participe avec l'équipe pluridisciplinaire au maintien en emploi des salariés atteints de TSPT.
- Le travail doit pouvoir être un lieu de ressources et de reconstruction en cas de traumatisme antérieur du salarié.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 | **KESSLER RC, AGUILAR-GAXIOLA S, ALONSO J, BENJET C ET AL.** - Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatol.* 2017 ; 8 (Sup 5) : 1353383.
- 2 | **FLORA L** - L'expérience issue de l'épreuve du psychotraumatisme complémentaire aux pratiques des professionnels de santé : le défi partenarial du CN2R ! Luigi Flora, 2019 (<https://luigiflora.wordpress.com/2019/12/12/lexperience-issue-de-lepreuve-du-psychotraumatisme-complementaire-aux-pratiques-des-professionnels-de-sante-le-defi-partenarial-du-cn2r/>).
- 3 | Le Centre national de ressources et de résilience (CN2R) et les psychotraumatismes. Service public d'information en santé, 2020 (<https://www.sante.fr/le-centre-national-de-ressources-et-de-resilience-cn2r-et-les-psychotraumatismes>).
- 4 | Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques Enfants et adultes. Note de cadrage. Recommandation de bonne pratique. Haute Autorité de Santé (HAS), 2020 (https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215922/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-syndromes-psychotraumatiques-enfants-et-adultes-note-de-cadrage).
- 5 | **CROCQ L** - Historique de la pathologie du trauma. *J Psychol.* 2003 ; 207 : 12–17.
- 6 | **MARMAR CR, SCHLENGER W, HENN-HAASE C, QIAN M ET AL.** - Course of Posttraumatic Stress Disorder 40 Years After the Vietnam War: Findings From the National Vietnam Veterans Longitudinal Study. *JAMA Psychiatry.* 2015 ; 72 (9) : 875–81.
- 7 | **BURGESS AW, HOLMSTROM LL** - Rape trauma syndrome. *Am J Psychiatry.* 1974 ; 131 (9) : 981–86.
- 8 | **GELLES RJ** - Violence in the Family: A Review of Research in the Seventies. *J Marriage Fam.* 1980 ; 42 (4) : 873–85.
- 9 | Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Fourth edition. Washington (DC) : American Psychiatric Association ; 1994 : 866 p.
- 10 | Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V. Fifth edition. Washington (DC) : American Psychiatric Association ; 2014 : 991 p.
- 11 | Complex post traumatic stress disorder. 6B41. In: ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS). WHO, 2021 (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/585833559>).
- 12 | Santé travail : enjeux et actions. Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie Risques professionnels. Paris : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, Direction des risques professionnels (CNAMTS) ; 2018 : 19 p.
- 13 | **LANCASTER CL, TEETERS JB, GROS DF, BACK SE** - Posttraumatic Stress Disorder: Overview of Evidence-Based Assessment and Treatment. *J Clin Med.* 2016 ; 5 (11) : 105.
- 14 | **BOUARAB C, ROULLOT-LACARRIÈRE V, VALLÉE M, LE ROUX A ET AL.** - PAI-1 protein is a key molecular effector in the transition from normal to PTSD-like fear memory. *Mol Psychiatry.* 2021 :1–14.
- 15 | **GRENON M** - La dissociation péritraumatique. Centre national de ressources et de résilience (CN2R), 2021 (<http://cn2r.fr/wp-content/uploads/2021/04/Dissociation.pdf>).
- 16 | **ZALTA AK, TIRONE V, ORLOWSKA D, BLAIS RK ET AL.** - Examining moderators of the relationship between social support and self-reported PTSD symptoms: A meta-analysis. *Psychol Bull.* 2021 ; 147 (1) : 33–54.
- 17 | **HUSKY MM, LÉPINE JP, GASQUET I, KOVÉSS-MASFÉTY V** - Exposure to Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in France: Results From the WMH Survey. *J Trauma Stress.* 2015 ; 28 (4) : 275–82.
- 18 | **MAUROUX A (Ed)** - Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail. *Synth Stat.* 2016 ; 22 : 1–39.
- 19 | **LEE W, LEE YR, YOON JH, LEE HJ ET AL.** - Occupational post-traumatic stress disorder: an updated systematic review. *BMC Public Health.* 2020 ; 20 (1) : 768.
- 20 | **BOLM-AUDORFF U, PETEREIT-HAACK G, SEIDLER A** - Zusammenhang zwischen beruflichen Traumata, posttraumatischer Belastungsstörung und Depression. Eine Beurteilung von systematischen Reviews. *Psychiatr Prax.* 2019 ; 46 (4) : 184–90.
- 21 | **PETEREIT-HAACK G, BOLM-AUDORFF U, ROMERO STARKE K, SEIDLER A** - Occupational Risk for Post-Traumatic Stress Disorder and Trauma-Related Depression: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 ; 17 (24) : 9369.
- 22 | **LASFARGUES G, VANRULLEN I, CHAUVET C, FAYE S ET AL.** - Organisation du travail et pathologies psychiques : qu'en dit le RNV3P ? *Arch Mal Prof Environ.* 2018 ; 79 (3) : 275.
- 23 | **RAGOT A, GUIHO-BAILLY MP, TANGUY M, GOHIER B ET AL.** - Troubles psychiatriques rencontrés en consultation de psychopathologie du travail au Centre hospitalier universitaire d'Angers. *Santé Publique.* 2013 ; 25 (6) : 729–36.
- 24 | **NOHALES L, PRIETO N** - Qu'est-ce que le trouble de stress post-traumatique ? *Rev Prat.* 2018 ; 68 (1) : 92–96.
- 25 | **BIRMES P, BRUNET A, BENOIT M, DEFER S ET AL.** - Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *Eur Psychiatry.* 2005 ; 20 (2) : 145–51.
- 26 | **JEHEL L, BRUNET A, PATERNITI S, GUELFI JD** - Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique. *Can J Psychiatry.* 2005 ; 50 (1) : 67–71.
- 27 | **ASHBAUGH AR, HOULE-JOHNSON S, HERBERT C, EL-HAGE W ET AL.** - Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLoS One.* 2016 ; 11 (10) : e0161645.
- 28 | **PIETRZAK RH, GOLDSTEIN RB, SOUTHWICK SM, GRANT BF** -

Le trouble de stress post-traumatique en santé au travail

BIBLIOGRAPHIE (suite)

- Psychiatric comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder among older adults in the United States: results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012 ; 20 (5) : 380–90.
- 29 | GUPTA MA - Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *Int Rev Psychiatry*. 2013 ; 25 (1) : 86–99.
- 30 | KESSLER RC, SONNEGA A, BROMET E, HUGHES M ET AL. - Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 ; 52 (12) : 1048–60.
- 31 | PRIETO N, NOHALES L, FAVARD T, CHEUCLE É - La prise en charge précoce du trouble de stress post-traumatique est-elle utile ? *Rev Prat*. 2018 ; 68 (1) : 99.
- 32 | Post-traumatic stress disorder. NICE guideline [NG116]. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2018 (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>).
- 33 | LEWIS C, ROBERTS NP, ANDREW M, STARLING E ET AL. - Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2020 ; 11 (1) : 1729633.
- 34 | GUEGUEN J, BARRY C, HASSLER C, FALISSARD B - Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. INSERM, 2015 (https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteHypnose_2015.pdf).
- 35 | BRUNET A, SAUMIER D, LIU A, STREINER DL ET AL. - Reduction of PTSD Symptoms With Pre-Reactivation Propranolol Therapy: A Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry*. 2018 ; 175 (5) : 427–33.
- 36 | Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Recommandation de bonne pratique. Haute Autorité de sSanté (HAS), 2020 (https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple).
- femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple).
- 37 | BOYD JE, LANIUS RA, MCKINNON MC - Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: a review of the treatment literature and neurobiological evidence. *J Psychiatry Neurosci*. 2018 ; 43 (1) : 7–25
- 38 | DOLFUS S - La cohérence cardiaque : définition, intérêts et applications en psychiatrie. *Eur Psychiatry*. 2013 ; 28 (S2) : 13.
- 39 | Guide pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles institués par la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 (version consolidée). Pratiques et métiers TM 31. *Ref Santé Trav*. 2014 ; 137 : 91–120.
- 40 | BLUM LE COAT JY, PASCUAL M - La difficile reconnaissance du caractère professionnel des atteintes à la santé mentale. Retour sur une action d'accompagnement des salariés dans les démarches de déclarations d'accidents de travail et de maladies professionnelles. *Perspect Interdiscip Trav Santé*. 2017 ; 19–1 : 1–21.
- 41 | KIEFFER C - Quelle reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail ? Une étude sur 10 pays européens. Rapport d'étude Eurogip-81/F. Paris : Eurogip ; 2013 : 55 p.
- 42 | HÉBERT M, SMITH K, CAOUCETTE J, CÉNAT JM ET AL. - Prevalence and associated mental health outcomes of child sexual abuse in youth in France: Observations from a convenience sample. *J Affect Disord*. 2021 ; 282 : 820–28.
- 43 | EDGELOW M, HARRISON L, MICELI M, CRAMM H - Occupational therapy return to work interventions for persons with trauma and stress-related mental health conditions: A scoping review. *Work*. 2020 ; 65 (4) : 821–36.