

# Connaissances cliniques actuelles sur le TSPT du sujet âgé



**Dr Jean ROCHE**  
Chef de service de Psychiatrie PA  
Réfèrent Régional HDF CR3PA  
CHU de Lille

# Historique: Trouble ancien mais de reconnaissance récente

- Trouble retrouvé, il y a plus de 3 000 ans en Mésopotamie, sur de très anciennes tablettes gravés en cunéiforme.
  - Les croyances de l'époque : Soldats possédés par des fantômes (Décrit aussi chez les Grecs).
- Guerre de Sécession: il est évoqué au travers du terme « Soldier's Heart », nombreux cas décrits lors de cette 1<sup>er</sup> guerre moderne (fatigue à l'effort, la faiblesse induite par une activité mineure, l'essoufflement, les palpitations, la transpiration et les douleurs thoraciques).
- En 1888, le neurologue allemand Herman Oppenheim (1857-1919), au sujet des accidents de chemin de fer, décrit sous le nom de Névrose traumatique (souvenir obsédant de l'accident, tr. du sommeil (agitation), des cauchemars avec reviviscence, Phobie du chemin de fer, la labilité émotionnelle. Il impute ce trouble à l'effroi « qui provoque un ébranlement psychique tellement intense qu'il en résulte une altération psychique durable »
- Dr Jean-Martin Charcot, neurologue français, retient celui d'Hystérie traumatique pour ces symptômes similaires chez les hommes qu'il relie à des événements traumatiques (parallèle de l'hystérie déjà décrite chez la femme)

*Birmes, Schmitt Evol Psychiatr 1999*



6 Juin 1944  
Omaha Beach

Photos de Robert Capa

# Historique

- Très présent lors des 2 guerres mondiales, « choc des tranchées »
- **WW 1939-1945:**
  - « usure au combat » ou encore « névrose de guerre »
  - 2 fois plus fréq que pdt 14-18. 40% des causes de démobilisation pour les GI.
- Guerre du Vietnam source de prise de conscience des nécessités de développer un repérage, des traitements et un suivi.
- Mais individualisation réelle dans le DSM III, qu'en 1980
- DSM5 : Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT)
  - Autres terminologies Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) ou Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

# Définition TSPT dans DSM 5

## Pas de différences sujet âgé / sujet adulte



Judi 6 et vendredi  
JUN 2024  
MONTPELLIER

**A: Exposition** à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles

- En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques
- Ou en étant témoin
- Ou en apprenant que c'est arrivé à un proche (famille ou ami)
- Ou si l'on y est confronté de façon répétée (ex: policier, pompier...)

**B: Présence d'un (ou plus) des symptômes envahissants** suivant en lien avec le traumatisme, source d'un sentiment de détresse

- Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants
- Rêves répétitifs
- Réactions dissociatives (ex: flashbacks...) avec action et vécu comme si cela se reproduisait (*l'intrusion fréquente du souvenir des images, des odeurs et des sensations associées au traumatisme vécu...*)
- Sentiment intense et prolongé de détresse psychique si exposition à des indices évoquant ou ressemblant au trauma causal
- Réactions physiologiques marquées lors de cette exposition

# Définition TSPT dans DSM 5

---

- **C: Evitement** persistant des stimuli en lien avec le traumatisme source de détresse
  - Evitement (ou efforts de) des souvenirs, pensées et sentiments liés
  - Evitement (ou efforts de) des rappels externes (personnes, lieux, objets...)
- **D: Altérations négatives** persistantes **des cognitions et humeur** associées au trauma (Plus d'un sympt)
  - Incapacité à se rappeler un aspect important du trauma (amnésie dissociative)
  - Croyances ou attentes négatives sur soi-même ou les autres => « je suis mauvais », « on ne peut pas faire confiance »...
  - Distorsions cognitives / cause ou conséquence => se blâme ou blâme les autres
  - Etat émotionnel => crainte, colère, honte, culpabilité...
  - Réduction des intérêts pour activités importantes
  - Sentiment de détachement d'autrui ou même étranger / autres
  - Incapacité éprouver sentiment positif

# Définition TSPT dans DSM 5

---

- **E: Altération marquée de l'éveil et de la réactivité** (Plus d'un symptôme)
  - Comportement irritable, colère
  - Comportement irréfléchi ou autodestructeur
  - Hypervigilance
  - Réaction de sursaut exagéré
  - Pb de concentration
  - Pb sommeil

# Donc

---



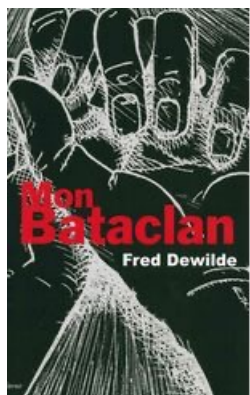
- **A: Exposition à un (ou des) traumatisme(s): Mort/Blessure grave/Violences sexuelles**
- **Avec sentiment de détresse et en lien avec le trauma:**
  - **B: Un ou plusieurs symptômes envahissants** (*Souvenirs, Flashback, Rêves répétitifs...*)
  - **C: Evitement persistant des stimuli** (*internes et externes*)
  - **D: Altérations négatives cognitions et de l'humeur** (*diff concentration, Humeur-, Agressivité...*) >1 Sympt.
  - **E: Altération marquées de l'éveil et de la réactivité** (*Vite effrayé, tjs sur ses gardes...*) >1 Sympt.
- **Durée de plus d'un mois** des symptômes B -> E
- **Souffrance significative ou altération du fonctionnement** social, pro, ou autre
- Perturbation pas liée à une substance ou une autre affection médicale



# Epidémiologie TSPT

---

- La plupart des études de prévalence ont été fait **aux USA**
- En population générale: de 5 à 12% (Inserm)
- 3,5% sur 12 mois dt 36% sévère (Kessler 2005)
- Prévalence vie entière 7.8%, touchant plus les femmes que les hommes (Kessler 1995)
- **En France:** Etude Inserm IMPACTS réalisée 6 à 18 mois après les attentats de janvier 2015 (Charlie Hebdo, Hyper Casher, Montrouge, Dammartin-en-Goële):
  - 18% des témoins présentaient des TSPT, (moyenne)
  - Prévalence allant de 3% parmi les témoins à proximité jusqu'à 31% chez les personnes directement menacées
  - 3% des intervenants (policiers, soignants...) ont développé un TSPT
  - Une proportion significative des témoins sans TSPT présentait tr. anx ou dépr en lien avec les attentats
- Autre enquête menée après les attentats de novembre 2015 (Paris, Saint-Denis)
  - Prévalence des TSPT de 54% chez les personnes directement menacées et presque autant chez les personnes qui ont perdu un proche lors de ces évènements



# Impact à long terme

## 9 ans après



Judi 6 et vendredi  
JUN 2024  
MONTPELLIER

Fred Dewilde a mis fin à ses jours dimanche 5 mai, annonçant mardi ses proches dans une lettre relayée sur les réseaux sociaux par l'association de victimes des attentats du 13 novembre 2015 Life for Paris. Il est mort, *"terrassé par la violence de ses traumas contre lesquels il luttait sans relâche avec tant de courage, de talent et de générosité depuis ce soir funeste où il disait qu'une partie de lui était morte"*, est-il écrit dans ce texte qui lui rend hommage.

# TSPT du Sujet Agé

---

- Prévalence sur 12 mois de 0,4% à 1% (Wolitzky, Revue de littérature 2010).
  - La prévalence augmenterait légèrement jusqu'à l'âge de 60ans pour décroître ensuite
- Etudes chez les plus de 55ans:** Biers AL (2010) :
- Prévalence sur 12 mois chez les 55-64 ans = 4,6% **MAIS** 65-74 ans=0,6% et 75-84 ans =0,1%, plus de 85 ans = 0,7%
- 
- Mathématiquement, une augmentation d'être (ou avoir été) soumis à un événement traumatisme devrait être observée.
  - Probable nette sous-estimation des TSPT chez PA, rattachés à tort à d'autres causes
    - Autres troubles anxieux
    - Difficultés cognitives mis sur le compte de troubles neuro-évolutifs débutants
    - Confusion
    - Repli sur soi mis sur le compte de la dépendance somatique
    - Peut être aussi une présentation clinique un peu différente / sujet plus jeune...
  - Etude sur TSPT chronique : 29% des prisonniers de la 2<sup>nd</sup> guerre mondiale avaient encore un PTSD 40 ans après leur libération (Engdahl- Am J Psy 1997) ...

# Clinique TSPT du sujet âgé

---

- **Peu d'études comparent la symptomatologie du TSPT selon l'âge**
- **Pas de différences significatives mais peut être une tendance :**
  - Un peu moins d'éléments dissociatifs chez le sujet âgé
  - Un peu moins de symptômes intrusifs (pensées, persévérations, ...) mais un peu plus d'hypervigilance (Charles 2019)
  - Plus d'irritabilité et de troubles somatiques (appétit, sommeil, mémoire) (Helmer 2016)
  - L'expression et l'intensité des symptômes pouvant varier avec le temps
- **Par contre on note un taux de comorbidités élevé, conséquences immédiates**  
**ou décalées de ce TSPT** (Helmer 2016)
  - Fréquence plus élevée qu'en population des Troubles Dépressifs Caractérisés
  - Idem pour la survenue d'autres troubles anxieux
  - Risque addictif plus élevé (alcool ...)
  - Impact aussi sur la sphère cardiovasculaire (HTA, coronaropathie...)

# TSPT ancien, résurgent, retardée?

---

- **Disparition de la notion de chronicité dans le DSM 5 (avant il était évoqué TSPT de durée brève de 1 à 3 mois et TSPT chronique si > 3 mois)**
- **20% des TSPT persisteraient après 3 mois**
- **Par contre reconnaissance dans DSM 5 du TSPT retardé qui serait plus spécifique du Sujet Agé**
  - Retenu si l'ensemble des critères diagnostiques ne sont présents que 6 mois (minimum) après le traumatisme
  - Certains symptômes peuvent cependant être immédiats
- De nombreux facteurs peuvent être source de cette (ré)activation tardive
  - Isolement, Deuil, Retraite,
  - Nouveau traumatisme,
  - Dépendance,
  - Maladie somatiques, Désafférentation,
  - Tr cognitifs débutants...

# Cas Clinique

## TSPT ancien, résurgent, retardé?



Judi 6 et vendredi  
JUN 2024  
MONTPELLIER

### ➤ **Patiente près de 80 ans vue en Cs PPA pour troubles anxieux invalidants**

- Lien avec souvenir traumatique lors 2<sup>nd</sup> guerre mondiale
- Avait pris une balle perdue (rebond sur un mur) qui l'avait touché à la main droite, source de handicap définitif
- Père qui avait été pris comme otage par les allemands suite à un attentat
- Décès récent de son mari
- Ruminations anxieuses présentes
- Cauchemars, troubles du sommeil
- Peur en cas de bruit sec (ballon qui explose, objet métallique qui tombe au sol...)
- Besoin d'être avec un proche pour sortir
- Persistance de flashback avec un vécu comme si elle allait décéder

### ➤ **Patiente évoquant les bombardements alliés sur son village lors 2<sup>nd</sup> guerre mondiale**

- Maison du voisin ayant été touchée par un obus, avec décès de son amie la jeune fille de son voisin
- Pas de TSPT mais sentiment d'insécurité ancien

# Cas Clinique

## TSPT Ancien, résurgent, retardé?

---

- **Ancien militaire portugais intervenu lors de la guerre d'Angola**
  - Vivant en France depuis de nombreuses années
  - Atteint de troubles cognitifs d'intensité modérée à sévère
  - Se met à crier à certains moments dans le service en UCC soit en Français, soit en portugais
  - Donne des ordres de se mettre à l'abri, évoque des tirs
  - Semble revivre un combat rapproché, avec visage crispé
  - Trouble apparaissant de façon intermittente comme si cela revenait à la surface par moment
- **Algérien vivant en France depuis plus de 40 ans**, ayant été menacé il y a quelques années lors d'un séjour en Algérie par un membre de sa famille à qui il ne voulait pas vendre sa maison. Il avait alors été violemment menacé d'être égorgé avec un couteau.
  - Lors hospitalisation en UCC avec des troubles cognitifs modérés à sévère le patient lorsqu'il s'énerve fait régulièrement avec sa main de quelqu'un qui l'égorge
  - Source d'anxiété importante lors reviviscence des événements

# Cas Clinique

## TSPT ancien



Judi 6 et vendredi  
JUN 2024  
MONTPELLIER

- **Femme 70ans, retraitée de l'éducation nationale**
  - **Divorcée depuis une vingtaine d'année**
  - **Vient consulter pour prise en charge d'un EDC**
  - **Histoire de vie très difficile**
    - Mari alcoolique fluctuant entre les périodes d'apathie et les périodes d'extrêmes violences
      - Ne savait pas quand elle quittait le collège comment elle allait le trouver
      - Peur au ventre
      - A cru à plusieurs reprises qu'il allait la tuer
      - Souvenir très présent de ces scènes qui s'imposent régulièrement à elle
      - Peur encore présente, difficultés de sommeil
      - Très touchée dans l'actualité par les faits divers qui lui rappellent ces violences
      - Tendance à l'isolement social depuis la retraite...
- **Femme 80ans ayant été agressée dans la rue à Nice** lors arrachage sac à main  
trainée par la moto sur quelques mètres avec trauma multiples  
=> TSPT et Tr dépressif dans les suites



# Du traumatisme à la neurobiologie

## Quels mécanismes?

Au contraire de souvenirs non traumatisants, **le souvenir traumatique ne suit pas la procédure habituelle d'analyse et de mise à distance.**

En effet, dans les TPST, l'intensité de l'évènement serait telle qu'elle

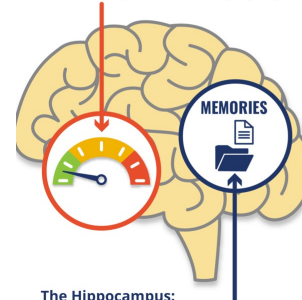
provoque une hypermnésie sur le plan émotionnel, tout en gênant la constitution de la mémoire épisodique qui permet de verbaliser et conscientiser ce qui survient. Cette modification peut parfois conduire à une amnésie partielle sur la façon précise dont l'épisode s'est déroulé. A

posteriori, cette altération de la constitution de la mémoire rend l'individu incapable de mettre l'évènement à distance par la parole ou la conscience. Seules les émotions ressurgissent, avec une puissance similaire à l'évènement initial.

<https://www.inserm.fr/dossier/troubles-stress-post-traumatique/>

### The 'Everyday' Brain

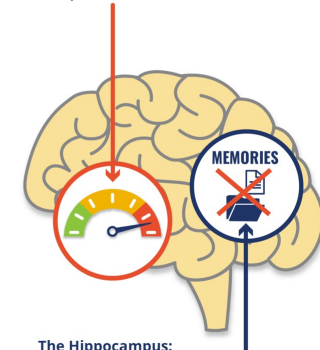
**The Amygdala:**  
The brain's alarm system (the amygdala) is activated when we are faced with a potential threat (such as an unexpected loud bang). Providing nothing too distressing occurs, it will work alongside other areas of the brain to process our everyday experiences



**The Hippocampus:**  
Memories are processed in the brain and stored in the normal way through the hippocampus

### The Brain During Trauma

**The Amygdala:**  
The threat level is so high that the amygdala is fully activated and overwhelms the brain



**The Hippocampus:**  
The hippocampus shuts down and can't store memories in the normal way



Judi 6 et vendredi  
JUN 2024  
MONTPELLIER

Ces observations sont corroborées par des expérimentations conduites chez l'animal, ainsi que par l'imagerie cérébrale : celle-ci met en évidence une **hyperactivité de l'amygdale**, lieu principal de la mémoire émotionnelle, et une **hypoactivité de l'hippocampe**, impliqué dans la mémoire déclarative. La plasticité de cette structure apparaît en outre réduite, tout comme son volume. Une diminution du volume hippocampique représente par ailleurs un facteur de vulnérabilité vis-à-vis des TSPT.

Sur le plan biologique, les mécanismes impliqués sont régis par une perturbation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, avec une libération exacerbée de différents médiateurs du stress, dont le cortisol et une perturbation de différents neuromédiateurs (dopaminergique, glutamatergique...). La substance grise dite « périaqueducale », un ensemble de neurones impliqué dans les réactions de défense et d'évitement, est particulièrement active.

<https://www.inserm.fr/dossier/troubles-stress-post-traumatique/>



# Modifications cliniques des TSPT en cas de troubles neurocognitifs: Risque de rupture de l'équilibre existant

---

- **Possiblement variables selon les situations cliniques:**
  - **Troubles mnésiques court et long terme**
    - ✓ Reviviscence accrue par oubli de l'ancienneté du traumatisme? (RUZICH 2005)
    - ✓ Difficulté à maintenir un travail psychique pour y faire face du fait d'oubli des techniques efficaces
    - ✓ Atteinte mémoire de travail: difficulté à faire évoluer le travail psychique sur le vécu, le ressenti
  - **Atteinte des fonctions exécutives: Altération stratégies d'adaptation** (Helmer 2016)
    - Trouble inhibition : difficulté à réprimer des souvenirs traumatiques intrusifs
    - Trouble flexibilité pouvant impacter aussi les stratégies d'évitement
    - Difficultés à réprimer les stimulations extérieures
- **Pb Diag Diff. de symptômes pouvant être communs entre le TSPT et une Maladie Neurocognitive**
  - Comme le désintérêt, altérations relations sociales, qui-vive par rapport à un environnement que l'on ne maîtrise plus...
  - Impact somatique (tr sommeil, difficultés cognitives avec oublis +/- ciblés...)
  - Flashback ou hallucinations ou Plongeon rétrograde ?
  - Cauchemars en lien avec TSPT ou en lien avec MCL?

# PTSD et risque de Troubles neurocognitifs

---

- Kristine Yaffe *et al.* : Risque deux fois plus élevé de développer un trouble Neurocogn pour les vétérans dont le diagnostic de PTSD avait été posé, comparé aux vétérans sans PTSD (2010).
- Lien entre exposition à un stress prolongé entraînant un excès de glucocorticoïdes et effets délétères sur les neurones hippocampiques?
- Actuellement EBM ne permet pas de l'affirmer. Pas d'études prospectives dans ces populations. Nombreux biais possibles. Faut-il tenir compte du côté répétitif du Trauma, de son intensité, de sa durée?
- « Résurgence » de trauma anciens juste reflet de tr cogn débutants? Baisse des défenses en lien avec ce tr cogn?

# Traitements TSPT

---

- **Bien cibler les populations à risque après un trauma**
- **Suivi de ces populations après le trauma pour PEC charge précoce et prise en compte des comorbidités fréquentes**
- **Non médicamenteux: ++**
  - EMDR,
  - TCC,
  - Autres
- **Médicamenteux:**
  - **A visée symptomatique : Anxiolytique, antidépressive ou sédatif si nécessaire**
  - **A visée plus étiologique : AD IRS par exemple** (En France, paroxétine et sertraline ont l'AMM TSPT. À l'international, d'autres molécules l'ont comme la fluoxétine et la venlafaxine). Pb utilisation paroxétine et fluoxétine chez PA.



*Merci de votre attention*

[jean.roche@chu-lille.fr](mailto:jean.roche@chu-lille.fr)