

TRAITEMENT DU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE EN PREMIÈRE LIGNE

PSYCHOTHÉRAPIE OU PHARMACOTHÉRAPIE ?

ÉLYANTHE NORD

Après un accident, une agression ou une catastrophe naturelle, certaines personnes souffriront d'un syndrome de stress post-traumatique. Et beaucoup consulteront en première ligne. Les médecins de famille peuvent proposer plusieurs traitements, notamment, une pharmacothérapie, comme la prise d'un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS), ou une psychothérapie, telle que la thérapie d'exposition par l'écriture (*article suivant*).

Entre ces deux approches précises, laquelle est la plus efficace ? Il n'y aurait pas de différence statistiquement significative entre leurs résultats, montre l'étude STEPS (*Sequenced Treatment Effectiveness for Posttraumatic Stress*), un essai clinique randomisé mené par **M. John Fortney**, de l'Université de Washington, et ses collaborateurs¹.

Les chercheurs ont comparé la thérapie d'exposition par l'écriture et la prise d'un ISRS – la sertraline, la fluoxétine ou la paroxétine – chez 700 patients suivis en première ligne. Atteints de symptômes graves, les participants, âgés en moyenne de 45 ans, étaient suivis soit dans la clinique de soins primaires d'un centre de santé agréé par le gouvernement américain, soit dans un centre médical du Département des anciens combattants. Chez les vétérans, les événements traumatisants étaient liés aux combats, tandis que chez les autres participants, ils consistaient surtout en des agressions physiques ou sexuelles.

Les sujets ont été évalués dans leur milieu de soins à l'aide du questionnaire d'auto-évaluation PCL-5, fondé sur le DSM-5, qui permet de mesurer les symptômes du trouble de stress post-traumatique. Leur score initial, qui devait être d'au moins 33 points, atteignait 53, ce qui révèle la gravité de leur état.

Les patients qui ont accepté de participer à l'étude ont été répartis au hasard en trois groupes. Les participants devaient ainsi soit :

- 1) prendre un ISRS et, en cas d'échec au bout de quatre mois, soit :
 - a. changer pour un inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), la venlafaxine ($n = 179$);
 - b. suivre en plus une thérapie d'exposition par l'écriture ($n = 169$);



Dr Daniel Zigman

- 2) suivre une thérapie d'exposition par l'écriture et, en cas d'échec au bout de quatre mois, prendre un ISRS ($n = 352$).

LA PSYCHOTHÉRAPIE NON SUPÉRIEURE AUX MÉDICAMENTS

Les chercheurs, dont certains ont conçu la thérapie d'exposition par l'écriture, s'attendaient à voir la psychothérapie surpasser les ISRS. Leur hypothèse ne s'est pas confirmée. Ainsi, au cours de la première phase de l'étude, aucune différence significative n'est apparue entre le traitement pharmacologique et la psychothérapie ($p = 0,17$). Au bout de quatre mois, 144 des 278 patients (52 %) randomisés ayant reçu un ISRS avaient suivi fidèlement

le traitement et présentaient une diminution de 14 points au PCL-5. Parallèlement, dans le groupe ayant suivi la thérapie d'exposition par l'écriture, 111 des 352 patients (32 %) avaient assisté à toutes les séances et connu une baisse de 12 points. La différence entre les deux groupes concernant le PCL-5 n'était donc que de deux points, alors que l'écart minimal sur le plan clinique est de 10 points (*tableau¹*).

Parmi les sujets prenant un ISRS, 41 % n'ont par ailleurs pas répondu au traitement au bout de quatre mois. Ils entraient automatiquement dans la seconde phase de l'étude. Ainsi, 122 patients ont été de nouveau randomisés : 60 ont pris de la venlafaxine, et 62 ont suivi la thérapie d'exposition par l'écriture en plus de poursuivre leur traitement par un ISRS.

Le Dr Fortney et son équipe croyaient également qu'à cette étape, la psychothérapie se révélerait la plus efficace. Les participants qui ont reçu la venlafaxine, cependant, ont connu une diminution de 9,2 points au PCL-5, alors que ceux qui ont entrepris une thérapie par l'écriture n'ont eu qu'une baisse de 2,3 points ($p < 0,001$). « L'amélioration des patients du groupe "thérapie d'exposition" a également été plus faible que celle des patients du groupe "IRSN" en ce qui concerne les mesures de la dépression, de l'anxiété, du fonctionnement en santé mentale et du sommeil », notent les auteurs.

L'adhésion au traitement était, par ailleurs, modeste dans les deux groupes. Parmi les 60 patients qui ont reçu de la venlafaxine, seulement 11 (18 %) ont pris le médicament 80 % des



RÉSULTAT DE L'ÉTUDE STEPS¹

TABLEAU

Sous-groupe	Étape	Phase 1 (4 mois)			Phase 2 (4 mois) (pour les patients dont l'ISRS a échoué)		
		ISRS (n = 348)	Thérapie par l'écriture (n = 352)	p	IRSN (n = 60)	Thérapie par l'écriture + ISRS (n = 62)	p
Patients ayant entrepris le traitement		71,0 % (203/286)*	72,4 % (255/352)*	—	26,7 % (16/60)*	45,2 % (28/62)*	—
Patients ayant suivi au moins 80 % du traitement ou fini la psychothérapie		51,8 % (144/278)*	31,5 % (111/352)*	—	18,3 % (11/60)*	29 % (18/62)*	—
► Diminution au PCL-5		14,0 points	12,1 points	0,17	9,2 points	2,3 points	< 0,001

ISRS: inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine. IRSN : inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline.

* Données issues d'un questionnaire que les participants devaient remplir au début de l'étude et après 4 et 8 mois.

jours ou plus. Parmi les 62 patients qui ont suivi la psychothérapie, 18 (29 %) ont effectué les six séances.

PEU D'ADHÉSION AU TRAITEMENT

« Le constat le plus important de l'étude est le faible nombre de patients qui sont allés jusqu'au bout du protocole. Cela montre à quel point il est difficile d'inciter les personnes atteintes d'un syndrome de stress post-traumatique à suivre un ou plusieurs traitements. C'est particulièrement vrai pour la composante psychothérapie », constate le Dr Daniel Zigman, psychiatre au Centre universitaire de santé McGill et directeur du Programme sur les troubles de l'humeur et de l'anxiété. Ainsi, seuls 32 % des patients ont terminé la psychothérapie dans la première phase et 29 %, dans la seconde.

L'une des raisons de la faible participation des patients, dans tous les groupes, peut tenir au processus de recrutement. « Les chercheurs ont utilisé un outil de dépistage pour détecter les personnes atteintes d'un trouble de stress post-traumatique et les ont orientées vers un traitement. Il ne s'agissait donc pas de patients qui venaient chercher de l'aide », indique le spécialiste.

UN DOUBLE TRAITEMENT ?

L'étude américaine montre, malgré tout, qu'il est possible de traiter en première ligne un syndrome de stress post-traumatique tant par un ISRS que par la thérapie d'exposition par l'écriture en première intention. Le patient a le choix. « La thérapie d'exposition par l'écriture est potentiellement efficace. Si l'équipe

médicale compte un psychologue, ce dernier peut acquérir une formation relativement rapidement sans un processus très lourd et très long », précise le Dr Zigman (*texte suivant*).

Mais qu'en est-il en deuxième intention pour les patients dont l'ISRS ne donne pas les résultats souhaités ? Les chercheurs suggèrent un IRSN, la venlafaxine, plutôt que la psychothérapie. Le Dr Zigman a des réserves : très peu de patients ont participé à la seconde phase de l'étude, et encore moins ont suivi le traitement jusqu'au bout. « Je n'éviterais pas d'offrir aux patients motivés une thérapie d'exposition par l'écriture à partir de ces données ».

Le psychiatre n'est en outre pas persuadé de la supériorité de la venlafaxine sur un ISRS. « Il n'est pas clair pour moi ce que les effets noradrénériques de ce médicament apportent au traitement du trouble de stress post-traumatique sur le plan pharmacologique. »

Néanmoins, quelle que soit l'étape, le recours à l'un des traitements n'exclut pas l'autre. « On peut proposer à la fois une thérapie et des médicaments, et c'est d'ailleurs généralement ce que nous faisons lorsque le patient le désire », affirme le spécialiste. ■

BIBLIOGRAPHIE

- Fortney J, Kaysen D, Engel C et coll. Pragmatic comparative effectiveness of primary care treatments for posttraumatic stress disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*; 2025. DOI : 10.1001/jamapsychiatry.2025.2962 (Publié d'abord en ligne).