



Par Alain Brunet¹, Daniel Saumier², Marie-Jeanne Léonard², Michèle Lonergan²

1. Département de psychiatrie, université McGill, et institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal, QC, Canada.

2. Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal, QC, Canada.

Reconsolidation mnésique dans le stress post-traumatique

Le trouble ou état de stress post-traumatique (ESPT) regroupe une constellation de symptômes consécutifs à un événement traumatique, devenant pathologiques s'ils persistent plus d'un mois. Selon le DSM-5, ils sont 20 (au maximum), regroupés en 4 catégories : reviviscences, évitements, altérations négatives de la cognition et de l'humeur, et hyper-éveil. L'ESPT est observé chez 6-9 % de la population environ, ce qui en fait un des troubles psychiatriques les plus prévalents. Il entraîne un handicap social important et augmente le risque suicidaire.

Il importe donc d'intervenir rapidement auprès des individus concernés. Bien que les antidépresseurs soient efficaces, leurs effets secondaires incitent parfois à les interrompre. La psychothérapie d'exposition est également bénéfique, mais elle requiert du personnel ultraspécialisé, coûteux et pas toujours disponible. Même lorsqu'elle fonctionne, la rechute après 1 an est fréquente.

ESPT : pathologie du souvenir

On peut aborder l'ESPT sous l'angle de la mémoire. C'est le rappel du trauma – spontané ou déclenché – qui suscite des réponses émotionnelles conditionnées, intenses et objectivables. Par exemple, l'accidenté de la voie publique sentira son cœur battre la chamade, aura des bouffées de chaleur et sera très tendu lorsqu'il devra conduire à nouveau, ce qu'il tentera d'éviter. Cette attitude apporte un soulagement à court terme, mais empêche de confronter (et surmonter) ses peurs. Ainsi « récompensé », l'évitement empêche l'extinction de

l'angoisse et perpétue l'ESPT. D'où le développement des thérapies dites d'exposition. Sans renier ces principes comportementalistes, nous – et d'autres – avons voulu aller plus loin en construisant une approche psychothérapeutique fondée sur les plus récentes découvertes des neurosciences dans le domaine de la mémoire.

Blocage de la reconsolidation

Il est établi qu'un nouvel apprentissage doit être consolidé afin de persister sous la forme d'un souvenir, lequel influence par la suite notre comportement. Inversement, un souvenir non consolidé sera perdu et non récupérable. En fait, la consolidation est un processus basique et universel par lequel le souvenir d'abord évanescence de la mémoire de travail (à court terme) est transféré vers la mémoire à long terme, et ainsi considéré comme pérenne. Jusque-là, rien de nouveau.

Mais un souvenir remémoré doit être consolidé à nouveau afin de persister. Si une interférence survient au moment de cette étape, qui reproduit en partie le processus de consolidation, le souvenir se verra édulcoré. En traversant la barrière hémato-encéphalique et en allant bloquer la synthèse protéique que l'on croit impliquée pour fixer à nouveau le souvenir émotionnel, le propranolol joue ce rôle d'interférence.¹

La procédure est simple. Avant que le traitement débute, le patient décrit en quelques paragraphes son événement traumatique, en incluant les aspects les plus « chauds ». ² Au début de chaque séance, il prend une dose de propranolol. Une fois que le médicament a atteint sa concentration

systémique maximale 60 minutes plus tard, le patient lit son compte rendu à voix haute au thérapeute, ce qui prend environ 5 à 10 minutes. Cette lecture ramène le souvenir traumatique au niveau de la mémoire à court terme, le rendant ainsi à nouveau évanescence et susceptible d'être neutralisé par le propranolol. La procédure est répétée une fois par semaine sur 5 à 6 semaines.

Cette intervention améliore remarquablement les symptômes d'ESPT.¹ Ses effets sont comparables à ceux de la thérapie cognitivocomportementale et des médicaments, mais elle est plus simple et plus rapide. Au fur et à mesure, le patient remarque qu'il ne ressent plus les affects négatifs initiaux lors de la remémoration de l'événement. Pour certains, « *c'est comme s'ils lisaient un livre* ». Le propranolol tient ses promesses, car l'individu peut éventuellement repenser à l'incident sans ressentir la cascade émotionnelle qui y était habituellement associée.

D'autres applications ?

Ce traitement pourrait être une solution à divers troubles qui ont pour facteur causal un souvenir émotionnel. Par exemple, certaines phobies spécifiques ou la toxicomanie. L'équipe de Merel Kindt (université d'Amsterdam) a notamment obtenu des résultats saisissants auprès de patients arachnophobes.

Chez des toxicomanes en traitement, notre équipe a pu atténuer la force du désir de consommer, ce dernier s'étayant – en partie du moins – sur un souvenir teinté de nostalgie. De futures études devront bien sûr confirmer ces promesses. ●

François, 35 ans, policier depuis 10 ans...

Ce patient a été témoin d'une scène de meurtre lorsqu'il était en service. Par la suite, il dit avoir été très réactif à toutes descriptions de crimes violents, à un point tel qu'il a de la difficulté à participer aux réunions d'équipe et subit un stress important lorsqu'il doit se rendre sur de tels lieux. Il est en arrêt de travail depuis 2 mois. Il dit s'isoler de ses amis et de sa famille, et consommer beaucoup d'alcool depuis l'incident.

Première séance

Selon l'évaluation, ce patient aurait ressenti un sentiment de peur intense et d'impuissance lors de l'événement, ainsi que des réactions de dissociation (sentiment d'être sur « pilote automatique »). Le diagnostic d'ESPT sans trouble comorbide est posé. Les symptômes se sont développés lors de la semaine suivant le traumatisme et perdurent depuis plus d'un an.

Le patient consent à recevoir 6 séances de blocage de la reconsolidation, débutant 7 jours après l'évaluation et espacées d'une semaine.

À la fin de l'évaluation, François écrit un compte rendu autobiographique au temps présent qui servira à la ré-évoocation durant les séances suivantes : « *Je marche vers la maison avec mon co-équipier. On cogne à la porte, mais personne ne répond. On défonce la porte. Mon cœur bat fort ; je sens l'adrénaline monter. L'odeur d'alcool est forte et m'envahit ; j'ai des frissons, quelque chose ne va pas ici. On fait le tour des pièces et j'ouvre la porte de la chambre à coucher. Mon estomac se retourne, j'ai envie de vomir, il y a du sang partout. Le corps d'une femme est devant moi, par terre, la tête défoncée. Je peux voir au-dedans de son crâne. Ce n'est pas la première fois que je vois un cadavre, mais là c'est trop. Je fige. Mon cœur bat tellement fort, je crois qu'il va exploser. J'ai les mains moites, la tête qui tourne. Je me sens comme dans un rêve. J'ai chaud et froid ; j'entends des voix autour de moi, mais elles sont loin. Mon co-équipier me regarde. Je tremble tellement fort en pleurant. Je ne peux pas m'empêcher de pleurer. C'est plus fort que moi. Mon co-équipier me dit de me ressaisir, et qu'on a un travail à faire. On fait notre boulot, mais c'est surréel. Enfin, je rentre chez moi, je cours dans la salle de bains et je vomis avant de m'effondrer... ».*

Deuxième séance

Lors de la lecture du compte rendu, le patient est extrêmement agité et anxieux. Lecture difficile et très émotionnelle. Il se plaint que lire est pire que de l'avoir écrit. Parvenu à la moitié, il veut arrêter, il pense vomir et il est paniqué. Il veut éviter de revoir les images de la scène. Avec de l'encouragement, il continue et termine la lecture. Il tremble et pleure beaucoup. Il a

des pensées intrusives et tente de les éviter en lisant rapidement.

Troisième séance

Patient très anxieux lors de la lecture. Lorsqu'il la débute, il commence à pleurer et trembler, mais cela ne dure pas longtemps. Il prend plusieurs pauses pendant la lecture du compte rendu.

Quatrième séance

En début de séance, le patient dit qu'il a mieux dormi depuis une semaine. Il a encore fait des cauchemars, mais ne s'est pas réveillé en panique. Il se sent plus reposé. Il paraît plus calme, tremble beaucoup moins et ne prend pas de pause durant la lecture, mais il pleure à la fin du récit. Après quoi, il dit se sentir calme.

Cinquième séance

Le patient a encore eu des moments provoquant des symptômes intenses et des pensées intrusives, mais il les gère mieux et commence à rationaliser. Il dit que c'est la première semaine où il n'a pas pleuré tous les jours ; durant au moins 2 jours d'affilé, il s'est senti libéré. En lisant son texte (plus lentement qu'auparavant), le patient semble plus détaché. Il ne manifeste pas de tremblements, sa voix reste calme et il ne pleure pas.

Sixième séance

En début de séance, il dit avoir réussi à dormir 6 heures tous les soirs cette semaine sans cauchemars. Il aurait lâché prise, mais se sent encore un peu triste. Malgré cela, il a repris contact avec certains proches.

Le patient lit son compte rendu calmement. Il dit avoir l'impression d'être plus détaché de son souvenir, comme s'il regardait un film. Après la lecture, il dit qu'il n'a pas eu envie de pleurer.

Septième séance

En début de séance, le patient déclare que l'événement est maintenant dans le passé. Il a eu un moment de panique durant la semaine, mais s'est rapidement contrôlé.

En effet, le patient lit son texte lentement et calmement.

Évaluation : une semaine après traitement

Une réévaluation révèle que l'ESPT est en rémission. Bien que François déclare se rappeler de l'événement traumatique quelques fois par semaine, ces souvenirs ne provoquent pas de détresse. Ses symptômes ont nettement diminué et il peut repenser à l'incident sans paniquer ni ressentir d'émotions négatives. Sa consommation d'alcool a significativement diminué. Selon lui, sa qualité de vie s'est beaucoup améliorée. Il dit avoir effectué des démarches pour retourner progressivement au travail.

Pour en savoir plus

- Besnard A, Caboche J, Laroche S. Reconsolidation of memory: a decade of debate. *Prog Neurobiol* 2012;99:61-80.
- Brunet A, Poundja J, Tremblay J, et al. Trauma reactivation under the influence of propranolol

decreases posttraumatic stress symptoms and disorder: 3 open-label trials. *J Clin Psychopharmacol* 2011;31:547-50.

- Brunet A, Saumier D, Tremblay J, Orr SP, Pitman RK. Randomized Placebo-Controlled Trial of Propranolol plus Traumatic Memory

Reactivation for PTSD. *Poster Annual Conference of the Society for Biological Psychiatry* 2014.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.