

Interventions précoces auprès des victimes de psychotraumatismes

DIU de PSYCHIATRIE CRIMINELLE ET MÉDICO-
LÉGALE

Tours, le 11 mars 2004, Dr Marie BOUYSSY

Plan

- Quels traumatismes ?
- Quels troubles ?
- Quels intervenants ?
- Comment ?
- Pourquoi ?
- Expériences

Le psychotraumatisme

- Un trauma est une blessure
- Le traumatisme psychique : perturbation de l'équilibre psychique liée à un évènement déterminé
- Notion de traumatisme psychique limitée à la survenue brutale d'un évènement violent inhabituel, susceptible de créer chez un individu un bouleversement momentané ou durable dans son organisation psychique

L 'évènement traumatique

- Le stress
- Représente un Fait extérieur, repérable, généralement brutal
- introduisant une rupture dans la trajectoire historique d'un sujet, modifiant son évolution naturelle
- indépendant de la personne
- mais avec une dimension subjective, il fait évènement pour le sujet si celui ci est impliqué

Le traumatisme psychique

- Variabilité inter individuelle de la perception de ce qui est traumatisant ou non (vécu de terreur, effroi, peur)
- L'effraction est assez forte pour rompre la barrière de protection de l'appareil psychique (pare-excitation), mobiliser tous les moyens de défense et pénétrer telle qu'elle l'appareil psychique
- En pratique, suspecté lorsqu'un individu est exposé à une agression ou menace soudaine mettant en jeu sa vie, et son intégrité physique ou mentale

Les troubles traumatiques précoces

- Souvent mal connus et délaissés au profit de la pathologie traumatique constituée
- de diagnostic rétrospectif (raisons pratiques de recours aux soins, peu d'études sur le stress aigu)
- décrits par psychiatres d'expérience pré-hospitalière de terrain (militaires, CUMP)
- posent le problème de la continuité existant entre le stress et le traumatisme

Les troubles traumatiques dans la CIM-10

- section F4 « Troubles névrotiques, liés à un facteur de stress, et troubles somatoformes »
- en F43 « Réaction à un facteur de stress important et trouble de l'adaptation »
- les troubles précoces = **F43.0 « Réaction aiguë à un facteur de stress »**, définis comme un « *trouble transitoire sévère survenant chez un individu ne présentant aucun trouble mental apparent, à la suite d'un facteur de stress physique ou psychique exceptionnel, et disparaissant en quelques heures ou quelques jours* »
- la symptomatologie comporte sans ordre des éléments décrits dans le vécu, le stress adapté; le stress dépassé et les troubles post immédiats
- **F 44.2** = stupeur dissociative

Les troubles traumatiques dans le DSM-IV

- Sont inclus dans les « Troubles anxieux »
- en 308.3 : « l'état de stress aigu » (*acute stress*) recense les troubles précoces
- **selon 8 critères:** exposition à un événement grave et réaction du sujet à celui-ci, symptômes dissociatifs, répétition, évitement des stimuli associés au traumatisme, symptômes anxieux, altération du fonctionnement social professionnel ou familial, durée de la perturbation, à l'exclusion des autres causes de perturbation (substances, affection médicale, trouble psychotique)
- la perturbation dure de 2 à 30 jours

Clinique des troubles précoces

- Vécu de l'événement
- La réaction immédiate : traduction symptomatique suit l'agression et dure de 1 à 6 heures
 - stress adapté
 - stress dépassé
 - état de stress à coloration psychopathologique
- Troubles post-immédiats

Le vécu de l'événement

Altération de la perception du temps, du lieu et de soi et impression d'irréalité

- **Modification de la perception du temps** impression de vécu au ralenti, de vécu accéléré, jusqu'à la dissociation
- **Sentiment d'Arbitraire** confrontation à l'imminence de la mort et traduisant la blessure narcissique liée à la perte, au moins momentanée, du statut de sujet
- **Sentiment de Culpabilité** à caractère parfois incohérent, tentative pour le sujet de donner du sens à l'évènement et de s'en réapproprier la maîtrise
- **Rupture du Sentiment d'Appartenance** au groupe de référence, dû à l'isolement extrême du sujet lié au caractère unique de l'expérience vécue et au sentiment de culpabilité

État de stress adapté

Le stress : « Réaction biologique, physiologique, psychologique d 'alarme, de mobilisation, de défense de l 'individu face à une agression ou à une menace »

- 80% des états observés sur le terrain
- Réaction biophysiological de décharge:
Manifestations neuro-végétatives sensibles et motrices (libération catécholamines, hormones cortico-surrénaliennes)
- Réaction psychologique :
 - **cognitive** (vigilance, attention, raisonnement exacerbés)
 - **affective** (émotion contrôlée entretenant l 'alerte, altruisme)
 - **volitionnelle** (action)
 - **comportementale** (conduites adaptées de combat, retrait, fuite ..)

État de stress dépassé

Réaction immédiate inadaptée quand réserves organisme, les capacités d'attention soutenue, de contrôle émotionnel ou de mémorisation sont épuisées ou que le sujet est fragilisé

- **Sidération** (immobile dans le danger)
- **Agitation** (hyperactivité stérile)
- **Fuite panique** (fuite en avant)
- **Activités automatiques** (gestes stéréotypés, comportements répétitifs inefficaces ou incongrus) s'accompagnant souvent d'**amnésie secondaire** (dissociative), évocatrices de dissociations péri-traumatiques

État de stress avec coloration psychopathologique

paraissant exprimer des pathologies latentes

- Phénomènes conversifs
- Attaques de panique
- Décompensations d'allure psychotique
- Accès maniaques
- Accès mélancoliques

Manifestations post-immédiates

- Dans les jours qui suivent
- Transitoires
- De l'état d'hébétéude à la stupeur
- Troubles mnésiques, ruminations
- Troubles anxieux +++
- Humeur dépressive
- Symptômes traumatiques spécifiques
(cauchemars, reviviscence, hyperactivité neurovégétative, évitement)

Les CUMP

- Cellules d 'Urgence Médico-Psychologique
- 1995 attentats parisiens
- 28 mai 1997 Circulaire ministérielle :
« dispositif d 'aide psychologique aux victimes de catastrophes et d 'accidents impliquant un grand nombre de victimes et /ou susceptibles d 'entraîner d 'importantes répercussions psychologiques en raison des circonstances qui les entourent »
- 20 mai 2003 circulaire DHOS:
renforcement du réseau national des CUMP

Les CUMP

- Architecture à 3 étages:
 - 1 réseau national
 - 7 cellules permanentes régionales (Paris, Lyon, Lille, Marseille, Toulouse, Nancy, Nantes)
intégrées au SAMU,
comprenant 1/2 Psychiatre + 1/2 Psychologue +1/2 secrétaire
 - psychiatres référents départementaux + liste volontaires (psychiatres, psychologues, infirmiers)
- depuis 2003: 1CUMP permanente / chef lieu de région et dans départements > 1 million d 'habitants, 1 référent dans tous les départements

CUMP: Rapport activité an 2000

- 700 missions
- 46 catastrophes traitées par plan rouge
- 159 accidents catastrophiques à effet limité
- 412 évènements fort retentissement psycho.
- 5071 personnes en soins immédiats
- 4100 en soins post-immédiats
- 1040 en consultations de psycho-traumatisme

Aspects Organisationnels

- Déclenchement régulateur SAMU (préfet)
- intervention 2ème vague
- identification, matériel (fiches, secteurs, médicaments)
- coordination des soins psychiques
- définition d'une stratégie d'intervention
- installation d'un poste d'urgence médico-psychologique
- répartition des rôles de chacun

Soins immédiats

- S'adresse aux impliqués (victimes, sauveteurs, familles)
- Réguler la crise
- dans une Attitude d'Accompagnement pour :
 - reconnaître la souffrance ressentie
 - situer la personne dans « l'ici et maintenant »
 - sans déculpabiliser ni dédramatiser la situation
 - restaurer le sentiment d'appartenance (hiérarchie)
 - et orienter sur le réseau
 - de façon attentive, chaleureuse, contenante

Soins psychiatriques immédiats

- Démarche empathique et non intrusive, encourageant à la verbalisation des émotions (*que vous est il arrivé ?, comment vous sentez vous maintenant ?, que s 'est il passé ?*)
- Pour tous les états de stress dépassés et avec manifestation psychiatriques rassurer, se présenter, donner des repères
- Orienter et hospitaliser si besoin
- Benzodiazépines si angoisse majeure

Le Defusing

- Soins immédiat pour sujets en stress adapté
- 5 à 10 minutes, individuel ou groupe déjà existant
- verbalisation émotionnelle immédiate en terme de vécu et de ressenti (*avez vous envie d'en parler ?*)
- souple non intrusif, pour favoriser la décharge et lier le vécu traumatique par le langage

Soins post-immédiats

- Débriefing (collectif, individuel)
- Groupes de parole
- Suivi psychothérapeutique individuel (consultation de secteur ou de psycho-traumatisme)

Le Débriefing

- Controversé
- 1983, Mitchell : 7 étapes, éducatif
- CISD « Critical Incident Stress Debriefing »
- Examen en groupe des différents aspects d'un évènement vécu en commun, par des sauveteurs, en incluant dimension émotionnelle et cognitive personnelle
- Technique française différente, plus souple

Le Débriefing collectif

- Pour Qui ?
 - 5 à 10 personnes, groupe homogène
 - ayant vécu le même évènement
 - et volontaires + + +
- Par Qui ?

1 débriefeur + 1 co débriefeur
- Quand ?

48 à 72 heures après l'évènement
- Pendant 2 à 3 heures, pour donner la parole à tout le monde

Le Débriefing: phases

- 1) **Donner les règles** (collectif, raconter le vécu, ce qui s'est passé, pas de donnée personnelle, proposition d'entretien individuel ultérieur, sortie possible pendant la séance)
- 2) **Faire un tour de table** (pour que tout le monde s'exprime, intrusif, sans interprétation, pour créer une décharge émotionnelle, respecter la temporalité, lier ce que le trauma est venu disjoindre)
- 3) **Faire une synthèse positive** (de ce qui a favorisé la maîtrise) et **renforcer le sentiment d'appartenance**
- 4) **Informé sur les troubles ultérieurs possibles**
- 5) **Conclure, relever les points positifs, remercier de s'être livré**

Le Débriefing : les objectifs

- Parler des ses émotions (effet ab-réactif, cathartique)
- Partager la normalité de ses émotions
- Restituer la normalité de l'environnement
- Atténuer les sentiments de culpabilité et d'impuissance
- Résoudre et atténuer les tensions du groupe
- Repérer les sujets fragiles
- Informer sur la clinique des troubles débutants ou constitués

Le Débriefing : évaluation (A Marchand & al.)

- efficacité sur prévention ou réduction des réactions de stress post-traumatiques à démontrer
- Revue de la littérature (17+2)
- Méthodologies études critiquables, biais inclusion, pas de groupes témoins, définition variable du traumatisme
- « Débriefés » satisfaits, favoriserait récupération post-trauma
- Pas d'évaluation des autres objectifs du débriefing (dépistage sujet à risque, orientation précoce...)

Pourquoi intervenir ?

- Prendre en charge la souffrance psychique
- Identifier les sujets à risque
- dans l'objectif de réduire l'installation de séquelles psychiques et de psycho-traumatisme ?
- Identifier l'attente de la victime, l'intérêt pour elle d'une aide thérapeutique, sa disponibilité pour la solliciter
- Informer sur les signes ultérieurs différés ou tardifs et sur coordonnées spécialisées
- Perspectives et prise en charge, implications médico-légales

Facteurs de risques de psychotraumatismes

- Personnels :
 - Antécédents traumatiques
 - bas niveau socio-économique
 - sexe féminin
 - faible niveau de préparation psychologique
- Liés à l'évènement:
 - présence de la mort, manipulation de corps
 - blessures physiques, brûlures
 - troubles traumatiques spécifiques d'apparition rapide
 - état de dissociation péri-traumatique

L'état de stress post-traumatique

- Prévalence /vie = 7,8 % (5 % H - 10,4 % F)
- Latence (6 mois)
- Chronique
- Invalidant
- Comorbidités :
 - troubles anxieux,
 - conduites addictives,
 - autres

L'état de stress post-traumatique

- A) Exposition à un évènement traumatique
- B) Syndrome de répétition où l'évènement est revécu
(souvenirs, rêves, flash-back, détresse, réactivité physiologique)
- C) Evitement , émoussement de la réactivité générale
(efforts pour éviter les pensées, les activités, trbles mnésiques, sentiment de détachement, restriction des affects, d'avenir bouché)
- D) Activation neurovégétative (trbles sommeil, irritabilité, trbles concentration, hypervigilance, réaction de sursaut)
- E) Perturbation > 1mois
- F) Souffrance avec altération fonctionnement social

- F43.1 – 309.81

Expériences des CUMP

- La catastrophe du tunnel du Mont-Blanc
- La catastrophe du Concorde
- L'explosion de l'usine AZF à Toulouse

Le tunnel du Mont-blanc (N Prieto)

- 24 mars 1999 – 39 morts (1 sauveteur)
- 10 jours d'intervention (maîtrise incendie)
- 1 mois après une avalanche à Chamonix
- 1 CUMP France + 1 CUMP Italie
- Intervention auprès de 14 familles
- Intervention auprès des intervenants (autorités, pompiers, police scientifique, sauveteurs)
- En remplaçant les limites de l'intervention MP et gérant la présence médiatique
- Et en aménageant un espace de pensée

Catastrophe du Concorde (D Cremniter)

- 25 juillet 2000 (1er août) - 113 morts, 6 blessés
- Intervention de 3 CUMP (75,93,95) + 29 SMUR
- Interventions auprès des familles des victimes (soutien, accueil famille allemandes, renseignements identification corps)
- Interventions auprès personnels Air France + personnels de maintenance du Concorde
- Interventions auprès des témoins directs, rescapés à proximité du site, sauveteurs (pompiers, gendarmes, sécurité civile, personnel hôpital de Gonesse) et lors des cérémonies
- Renfort des CUMP de Lyon, Lille et Nancy

Explosion de l'usine AZF (JP Bouchard &al.)

- 21 septembre 2001 – 30 morts, 9000 blessés, 37 000 logements endommagés
- Contexte risque attentat (11 septembre)
- Intervention auprès de 62 agents de la DDE
- Étude à 9 mois (54/62): 65 % troubles psychiques post-traumatique

Références

- Auteurs français: P Birmes, D Cremniter, L Crocq, N Dantchev, L Jehel, F Lebigot, P Louville, N Prieto
- Revue francophone du stress et du traumatisme psychique
- Annales médico-psychologiques: Dossiers Formation Continue
 - L'intervention médico-psychologique auprès des victimes de psychotraumatismes; 2002, 160, n° 5-6, p 461-473
 - L'intervention médico-psychologique raisonnée et raisonnable; 2002, 160, n°7, p530-540
- La Revue du Praticien: Monographie « Stress et troubles psychiques post-traumatiques » 2003, 53, p 825-870
- Encyclopédie Médico-Chirurgicale:
 - Pathologies psychiatriques post traumatiques (Cordier, Sylvestre, Leyrie) 37-329-A-10
 - Psychiatrie de catastrophe (Crocq, Doutheau, Louville, Cremniter) 37-113-D-10