

LES SOINS PSYCHIQUES PRECOCES EN CAS DE CATASTROPHE

PRIETO N. , LEBIGOT F.

Résumé :

En prenant comme exemple une intervention de la cellule d'urgence médico-psychologique engagée dans un plan rouge lors d'une explosion de gaz de ville en région lyonnaise, nous développons les particularités des prises en charge précoces. Les soins psychiques immédiats nécessitent une organisation précise et la mise en place d'un cadre qui, en urgence et sur le terrain, ne va pas de soi. Par ailleurs, il est impératif de prendre en compte l'impact de l'événement générateur d'une crise avant la prise en charge directe de la personne victime en termes d'accompagnement et de soins spécialisés (defusing, thérapies médicamenteuses, orientation spécialisée...).

Mots clés : Soins immédiats - Cellule d'Urgence Médico-Psychologique - Catastrophe - Defusing.

EARLY PSYCHIC CARE IN THE CASE OF DISASTER

Summary:

In this article, we explore specific aspects of early psychic care. Through the following study, we examine a gas explosion of a block of flats where the medico-psychological emergency unit was engaged in a rescue plan ("Plan Rouge" of medical first aid in the case of mass accidents and disasters).

Early psychic care requires specific organisation involving the establishment of precise limits which are not necessarily considered in emergency field interventions. What is more, the impact of the event that leads to a crisis must be taken in account before direct care can be provided for the victims, in terms of close support and specialised care (such as psychological defusing, medicinal prescriptions, specialised guidance...).

Key words: Early care – Medico-psychological Emergency Unit – Disaster – Defusing.

I L'INTERVENTION DE LA CUMP LORS D'UNE L'EXPLOSION DE GAZ EN MILIEU URBAIN

Le 5 avril 2001, peu avant 18 heures, une fuite de gaz dans un immeuble situé à Villeurbanne (69) a provoqué une violente explosion causant la mort de deux personnes, un jeune gendarme stagiaire et un sapeur pompier de l'équipe initialement appelée pour un dégagement de gaz suspect. D'autre part, 9 personnes ont été blessées ; 3 grièvement (polytraumatismes, brûlures, blasts), 6 plus légèrement (otalgies, acouphènes) et 45 logements ont été endommagés. Au plan de l'organisation des secours, le plan rouge a été déclenché, le SAMU, rapidement sur les lieux, a aussitôt déclenché la CUMP. En une heure, une équipe CUMP a pu être constituée et s'est rendue sur place ; elle a engagé un psychiatre, un psychologue et cinq infirmiers. Un poste d'urgence médico-psychologique a été installé dans un autobus de la ville (dans un périmètre protégé, très proche de la zone sinistrée) où ont été effectués la grande majorité des soins immédiats ainsi que l'accompagnement (avec le personnel de la mairie et les associations) des habitants sinistrés. Plus tard dans la soirée, des membres de l'équipe CUMP sont partis soutenir les sapeurs-pompiers dans deux casernes distinctes. Là, ils ont également pris en charge la famille du jeune sapeur-pompier décédé. Sept jours après l'accident un debriefing psychologique a été organisé pour l'équipe d'intervention des sapeurs-pompiers. Une dizaine de consultations individuelles ont été également dispensées, à l'hôpital, dans les locaux de la CUMP et plusieurs personnes ont été orientées vers le centre médico-psychologique du secteur.

II ELEMENTS CLINIQUES

La catastrophe répond à la définition de l'événement dans son assertion psychique, c'est à dire qu'elle représente un fait extérieur, repérable et généralement brutal, qui, pour le sujet, introduit une rupture avec une distinction souvent très radicale entre l'avant et l'après. L'événement est par définition indépendant de la personne mais il n'en exclut pas pour autant la dimension subjective. Ainsi, cette explosion n'a pu faire événement pour le sujet qu'à partir du moment où il y a été plus ou moins directement impliqué, s'il a eu sa vie en danger, son appartement endommagé, a fortiori s'il a perdu un collègue, un proche. Mais, s'il en a simplement entendu parler dans les journaux, sauf réactivation particulière, sa vie n'en sera

pas changée, cette catastrophe ne représentera pas pour lui un événement au vrai sens du terme.

L'événement modifie le cours du temps en introduisant un changement soudain de temporalité (1). Certaines personnes ont eu, dans cette catastrophe, des impressions variables de vécu « au ralenti » tel ce sapeur-pompier initialement alerté pour la fuite de gaz qui a vu (et revoyait toujours) l'image de son collègue projeté en arrière, très lentement, « comme dans un film » ou, au contraire, de « vécu » accéléré, de contraction du temps, comme cette personne âgée et isolée, amnésique de l'explosion, qui s'est retrouvée en bas de son immeuble, hagarde au milieu des décombres, sans comprendre.

Lorsqu'un individu est confronté à un événement qui menace directement sa vie, l'illusion d'immortalité s'effondre (2), et il en perçoit douloureusement le caractère arbitraire : « *J'étais chez moi en train de taper sur mon ordinateur, j'ai été projeté violemment en arrière par le souffle, les vitres se sont brisées et j'avais le visage en sang...je ne comprenais pas, je n'avais rien fait, j'étais tranquillement chez moi...* » a raconté cette jeune professeur que nous avons reçue en consultation quelques jours après l'explosion. Restée chez elle en cette période de vacances scolaires pour préparer son C.A.P.E.S., elle a été légèrement blessée au visage et a vu son appartement dévasté ; elle était hébergée par une amie. « *Ce qui est le plus difficile, c'est de prendre conscience qu'à tout moment, tout peut vous arriver...* », a-t-elle précisé, montrant ainsi le changement de perspective douloureux qui s'opère lors de l'événement dans la manière de considérer sa vie. Par suite, elle déclarait se reprocher de ne pas s'être octroyée quelques jours de vacances dans l'Ain, dans la maison de ses parents, comme ceux-ci le lui avaient suggéré « *je suis trop bête, j'ai voulu trop en faire, si j'avais été chez eux, je n'aurai pas vécu tout ça...* ». Nous avons entendu, de manière plus aiguë encore, ces auto-accusations et cette culpabilité immédiate chez les sapeurs-pompiers de la première équipe d'intervention endeuillés par le décès d'un des leurs. Ces sauveteurs se reprochaient successivement une série de choses, chaque détail était ressassé, comme le fait de ne pas avoir compris tout de suite, de s'être situés trop proche, ou trop loin (de n'avoir pas su protéger leur collègue), ou tout simplement d'avoir été là... Cette culpabilité immédiate est à comprendre comme une tentative, parfois désespérée, souvent douloureuse, mais toujours positive, de regagner de la maîtrise, de reprendre son destin en main... (1). Prendre la faute à son compte, c'est aussi être un acteur direct de l'événement et ne pas être déshumanisé, réifié et totalement soumis aux aléas de l'existence. Cet effet déshumanisant de l'événement auquel s'ajoutent la culpabilité et le caractère aléatoire de son impact (suivant l'onde de choc, l'explosion a détruit certains

appartements et pas d'autres, pourtant contigus) entraîne, chez le sujet victime, à divers degrés, une altération du sentiment d'appartenance.

Comme souvent dans les catastrophes, cette explosion s'est montrée désorganisatrice au plan des repères habituels, bouleversant directement le quotidien et altérant la fonction stabilisatrice primaire représentée par le foyer. Longtemps après, l'environnement du sujet s'avère porter les marques de l'événement, le lui rappelant sans cesse alors qu'il tente, bien vainement, de l'oublier.

Au plan symptomatique, toutes les personnes que nous avons examinées présentaient des symptômes qui entrent dans le cadre des états de stress aigus. La majorité des sujets examinés ont présenté, à divers degrés, des états de stress adapté, c'est à dire une mobilisation active de leur ressources physiques et psychiques pour faire face au danger (évaluation immédiate du danger et focalisation sur l'action, fuite malgré la blessure, comportement adapté de secours et d'entraide...) (3).

Quelques personnes ont offert (ou ont rapporté) des troubles du comportements requérant des prise en charge spécifiques. Un homme âgé racontait l'attitude de son épouse frappée de stupeur : *« elle restait figée, sans comprendre, ni réagir, j'ai dû l'obliger à quitter l'appartement...cela nous a rappelé la guerre et les bombardements... »*. Une jeune femme journaliste, de retour du Proche Orient, a manifesté son désarroi par un état d'agitation clastique très difficile à contenir. Pendant un long moment, avant l'arrivée des secours, elle avait tenu la main d'une commerçante grièvement blessée et ensevelie sous les décombres. Une jeune femme, reçue en consultation plus tard, a présenté des conduites automatiques : *« Je me suis retrouvée chez ma tante qui habite le quartier voisin, sans me souvenir de comment j'avais fait pour y arriver... »*.

Par ailleurs, certaines personnes présentant des troubles psychiques antérieurement connus et parfois suivis, ont présenté des états décompensés nécessitant une prise en charge.

II LES PRISES EN CHARGE

Aspects organisationnels

En cas de plan rouge, la Cellule d'Urgence Médico-psychologique est déclenchée par la régulation du SAMU (4). Lors de cette explosion, le SMUR très rapidement sur place (la distance entre l'hôpital Edouard Herriot, d'où est partie l'équipe, et Villeurbanne n'excède pas cinq kilomètres) a pu déjà transmettre certaines informations permettant une évaluation des besoins et une première mobilisation du personnel. L'urgence vitale primant, il va de soi que la CUMP n'intervient qu'en seconde vague. Le personnel de la CUMP est identifié clairement, il porte une tenue spécifique, une chasuble « CUMP-SAMU » car il fait partie intégrante de l'équipe de secours ainsi que du matériel nécessaire à l'intervention (mallette comprenant une série de médicaments, des fiches cliniques, des notes d'information, des adresses de divers lieux d'orientation...). Dès l'arrivée sur les lieux, le psychiatre, qui est en général l'organisateur des soins psychiques sur le terrain, se met en rapport avec le Directeur des Secours Médicaux (DSM) afin de définir avec lui une stratégie d'intervention. Là, il y a lieu d'avoir une vue d'ensemble, de prendre, malgré l'urgence, un temps minimum d'information afin de peser les indications et de résister aux appels tous azimuts (ici des sapeurs-pompiers ou des élus locaux...). L'installation du Poste d'Urgence Médico-Psychologique (PUMP) doit être l'objet d'une attention particulière. Le PUMP doit être situé de façon à permettre un accueil satisfaisant des personnes victimes. Lors de notre arrivée sur place les sapeurs-pompiers présents nous ont demandé où nous souhaitions recevoir les victimes : deux lieux semblaient possible, un café situé à proximité et « réquisitionné » à cet effet où alors l'autobus des Transports en Commun Lyonnais qui assurait sa ligne régulière dans le périmètre de sécurité et dont le conducteur s'était arrêté pour proposer son aide. Nous avons donc choisi cet autobus, espace public et familier qui, de plus, assurait une double entrée permettant aisément le passage et la mobilité. Un média représenté par des boissons, des en-cas, une prise de tension, est souvent une bonne manière d'entrer en relation avec les personnes victimes. Une répartition rapide des rôles de chaque intervenant CUMP doit être définie : trois infirmiers et un psychologue sont restés au poste d'urgence médico-psychologique (devant l'affluence, un renfort CUMP en infirmier a été nécessaire) et deux infirmiers sont partis faire des accompagnements à domicile avec des intervenants chargés du relèvement. Enfin, en fonction de l'état clinique, il est nécessaire de faire un tri et une

orientation des personnes à prendre en charge; par exemple, nous avons du orienter vers des soins somatiques des personnes présumées « choquées » (au sens psychologique) mais souffrant, en fait, de lésions tympaniques par blast,.

Les soins immédiats

En plus de l'aspect organisationnel, garant du cadre et nécessaire au soin, la prise en charge des personnes victimes nécessite avant tout abord direct, une prise en compte et une canalisation préalable de l'impact événementiel générateur d'une crise au sens psychique du terme.

Prise en compte de la « crise »

D'un point de vue psychique, un système est en crise lorsqu'il donne un ressenti d'absence de réponse possible. Le caractère soudain de la catastrophe et l'intervention en urgence sur les lieux, au milieu du désordre où tous les repères sont bouleversés, précipitent, à divers degrés, chaque intervenant, quel qu'il soit (sauveteurs, responsables institutionnels, mais également membres de la CUMP...), dans un vécu immédiat de crise psychique. Ce vécu est éminemment perturbateur car il met le sujet en impossibilité de penser qui n'aura d'autres recours que de se précipiter dans l'agir pour s'en défendre. Cette précipitation défensive pourra l'amener à répondre de manière inadaptée, là où l'urgence semble (mais n'est pas forcément) la plus évidente. En fait, l'impact traumatique d'un événement peut être certes générée par l'événement lui-même mais également par sa réponse qui est le plus souvent de deux types. Dans le meilleur des cas, il s'agit d'une réponse adaptée mais trop opératoire où dans la précipitation de l'urgence aucun espace de pensée n'est possible, la souffrance psychique ne peut pas s'exprimer et donc être entendue. Au pire, cette réponse se désorganise et l'on voit alors émerger un modèle sans cohérence où les places et fonctions de chacun s'improvisent aux aléas des affects bruts immédiats, individuels ou collectifs. Ainsi, les particularités de l'intervention de la CUMP font qu'elle doit impérativement en préciser les limites, recentrer son action, introduire paroles et pensées, aider les responsables institutionnels à garder leur rôle, leur fonction et leurs repères, car tout n'appelle pas une réponse psychologique. Dans la crise générée par l'événement, grande est la tentation des décideurs de s'en remettre à la CUMP dans une démission de leur fonction propre au profit de

professionnels du soin psychique dont ce n'est en aucun cas le rôle. Par exemple, donner des informations techniques sur les conséquences de l'événement, annoncer les décès, prévenir les proches, faire des démarches pratiques... Il y a là un risque de dérive, de réponse aberrante, désorganisatrice, cassant l'appartenance et qui renvoie aux victimes une image de chaos à fort potentiel traumatique. Dans un événement déstructurant, il est essentiel de respecter l'ordre établi (social, institutionnel) car si l'événement exceptionnel demande une réponse exceptionnelle, il est essentiel que celle-ci conserve sa logique interne.

Le rôle de la CUMP est avant tout celui de s'assurer que la crise générée par l'événement est bien régulée et, sinon, de faire en sorte qu'elle le soit. Par exemple, il a été nécessaire de discuter avec certains responsables des sapeurs-pompiers pour qu'ils s'autorisent à parler de leur place hiérarchique à leurs hommes, de l'événement, du décès, et de favoriser le réseau social de quartier qui s'était mobilisé pour apporter soutien et marques d'attention (la boulangère du quartier s'étant déplacée jusqu'à l'autobus pour offrir des viennoiseries, les habitants également venus pour proposer un hébergement temporaire...), de conseiller certains élus locaux pour l'accompagnement des personnes à domicile.... Il est donc essentiel de travailler en lien avec partenaires et décideurs dans une cohérence d'action.

Les soins auprès des blessés psychiques

Les soins auprès des personnes victimes lient, de manière subtile, une approche spécialisée et une attitude d'accompagnement (ou soutien psychologique de base) qui, quant à elle, n'est pas exclusivement du ressort du spécialiste .

L'attitude d'accompagnement

Il s'agit tout d'abord de prendre acte de la souffrance ressentie, d'être authentique, en posant des questions simples (5), les plus ouvertes possibles comme : « *Qu'est-ce qui vous est arrivé ?* » « *Qu'est-ce qui s'est passé ?* » « *Comment vous sentez-vous maintenant ?* » ou si la personne, très affectée, n'était pas présente lors de l'événement mais a perdu un proche ou vient, par exemple de retrouver son appartement dévasté, la question: « *comment avez-vous appris la nouvelle ?* » est une bonne manière d'entrer en relation (6). La verbalisation de l'événement peut-être bénéfique si la personne est en état de stress adapté (mais attention, en état de stress dépassé, cela peut réactiver l'événement et avoir un effet traumatique).. Il convient de rassurer la personne sur sa sécurité, de la

situer dans l'« ici et maintenant », se présenter, donner des repères, les quelques informations dont on dispose sans pour autant étouffer le dialogue: « *C'est fini maintenant, vous êtes en sécurité* », « *Il y a eu une explosion il y a deux heures, maintenant il n'y a plus de risque* ». Il ne faut pas chercher à dédramatiser ou à parler d'autre chose et poser uniquement des questions en rapport avec l'événement, directes : « *Que s'est-il passé ?* » ou plus indirectes : « *Qu'avez-vous fait , après, lorsque les secours sont arrivés ?* », « *vos proches sont-ils au courant?* », « *comment vos proches ont-ils réagi ?* ». Chercher à rassurer la victime en minimisant ce qui lui est arrivé ou en se mettant à sa place ou en faisant référence à d'autres personnes ayant vécu la même situation, comme on peut le très fréquemment l'entendre sur le terrain, est une manière de nier le ressenti de la personne et ne pas reconnaître sa souffrance. De même, toute déculpabilisation précipitée est nocive, il convient de prendre acte simplement de la culpabilité exprimée et, en tout cas, ne pas aller au delà de : « *Non, je ne pense pas que ce soit de votre faute* » ou « *je ne vois pas les choses comme ça* », en s'engageant dans la relation. Dans l'immédiat, il est également important de ne pas vouloir essayer de tout résoudre, de s'engager sur des solutions que l'on ne pourra pas tenir. De même, il est important de ne pas se diluer dans une écoute répétitive et stérile.

En définitive, le comportement de l'intervenant doit être attentif et chaleureux mais surtout pouvoir assurer une contenance satisfaisante. Contenir, c'est à dire admettre ses limites personnelles et passer la main si l'on se sent trop débordé par ses émotions : c'est être capable de supporter la souffrance de l'autre sans être détruit par elle. Pour les personnes victimes, voir « défaillir » le système d'assistance, de secours, les renvoie à toute l'horreur de la catastrophe. A l'inverse, les réactions défensives d'indifférence et/ou la fuite, altèrent fortement le sentiment d'appartenance et sont tout aussi néfastes.

Le defusing

Il s'agit de la verbalisation émotionnelle immédiate en terme de vécu (faits, émotions, pensées), pour toutes les personnes en état de stress adapté. Il doit être non intrusif, c'est à dire que le vécu de l'événement doit être rapporté par le sujet de manière, sinon spontanée, du moins totalement volontaire « *avez-vous envie d'en parler ?* ». L'attitude du soignant est celle précédemment décrite (attentive, contenance et compréhension) restaurant ainsi les liens d'appartenance. La technique est souple, les entretiens sont en général de courte durée et peuvent être réalisés en individuel ou par petits groupes. Le

defusing vise à favoriser la décharge, à lier le vécu traumatique par le langage et à permettre l'intégration de l'événement.

Les soins de psychiatrie d'urgence

Les soins de psychiatrie d'urgence s'envisagent pour tous les états décompensés, les états de stress dépassés qui relèvent souvent d'une hospitalisation.

Les médications psychotropes

Les benzodiazépines, du fait de leur bonne tolérance, sont souvent très utiles dans l'immédiat, à condition de les utiliser à dose adaptée. Lorsque les personnes victimes sont trop angoissées, aucun travail psychique n'est possible et une anxiolyse légère permet souvent de réaliser un defusing dans de bonnes conditions. A l'inverse, une trop grande sédation diffère ou risque de court-circuiter le travail psychique. De toute façon, les benzodiazépines ne doivent pas être poursuivies au delà de 15 jours.

L'information et l'orientation

Enfin, les soins immédiats comprennent une information sur les symptômes susceptibles de survenir et une orientation vers un accompagnement social et juridique et, le cas échéant, sur un suivi psychothérapeutique.

Comme nous l'avons réalisé pour cette intervention, des soins post-immédiats peuvent s'envisager ; sous forme d'un debriefing des sauveteurs (dans le cas présent, réalisé à distance, après les obsèques) en en connaissant bien les indications et les limites et en en maîtrisant parfaitement la technique (7) et sous forme de consultations individuelles ou il s'agit de reprendre, de manière plus approfondie, l'événement dans l'histoire personnelle du sujet.

CONCLUSION

Pour les victimes de catastrophe, les soins psychiques immédiats s'avèrent essentiels, ils permettent de prendre en charge la souffrance psychique au même titre que la souffrance

physique. Dès la survenue de l'événement, ils aident le sujet à reprendre la maîtrise et permettent de garantir, dans le bouleversement de la catastrophe, un espace de pensée.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - PRIETO N, VIGNAT JP, WEBER E. Les troubles traumatiques précoces. *Revue Francophone du stress et du trauma* 2002 ; 2 (1) : 39-44
- 2 - LEBIGOT F. La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle. *Ann Médico-Psychologique* 1997 ; 155 (8) : 522-526.
- 3 - CROCQL, DOUTHEAU C, LOUVILLE P, CREMNITER D. Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiates et différées, troubles séquellaires. Paniques et psychopathologie collective. *Encycl Méd Chir Psychiatrie* 1998 ; 37-113-D-10.
- 4 - PRIETO N, WEBER E, PROST G. La cellule d'urgence médico-psychologique : des soins spécifiques et en réseau. *La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 2000, 34, 98-101
- 5 - LEBIGOT F, PRIETO N. Importance des interventions psychiatriques précoces pour les victimes. In : De Clercq M, Lebigot F, Les traumatismes psychiques. Paris : Masson 2001 : 151-159
- 6 - WEBER E, PRIETO N. L'accueil et la prise en charge des familles confrontées à l'événement traumatique. *Nervure*, 2000, XIII, (8), 10-14.
- 7 - LEBIGOT F, DAMIANI C, MATHIEU B. Debriefing psychologique des victimes. In : De Clercq M, Lebigot F, Les traumatismes psychiques. Paris : Masson 2001 : 164-187.