

# 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 replaçant 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