

Du traumatisme collectif à la catastrophe individuelle



**Dr Thierry VASSE, Caen
CUMP Normandie**

Le Havre - le 19/01/18



Déclarations légales

Le Dr Thierry VASSE

déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts particuliers à ce jour dans le cadre de cette présentation

*Loi du 4 mars 2002 (article L 4113-13 du code de la santé publique)
et décret du 28 mars 2007.*

déclare ne faire état dans cette présentation que de données confirmées

(article R.4127-13 du code de la santé publique)



Définitions et critères



Distinction entre stress et trauma

- Le STRESS désigne la réaction immédiate bio-physio-psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense face à une situation critique

- Le TRAUMA désigne un phénomène psychodynamique :
 1. d'effraction des défenses psychiques
 2. de confrontation avec le réel de la mort et du néant
 3. sans possibilité d'y répondre par l'action, la parole, la pensée
 4. sans possibilité d'y attribuer un sens



Le stress

■ *Avant tout*

- réaction physiologique de l'organisme face à une menace
- dépense d'énergie

■ *La réaction de stress dépend*

- des capacités dont la personne estime disposer pour faire face à la situation stressante
- de l'effort que la personne doit fournir pour s'adapter à une situation pour laquelle l'expérience passée n'offre pas nécessairement de lignes de conduite

■ *En conclusion* : plus l'évaluation des ressources est négative, plus l'effort à fournir est important, plus le stress est intense pour devenir **dépassé**

A quoi sert le stress aigu?

- Sous-tend la « *fight or flight response* »
- Manifestations physiologiques : aux niveaux cardio-vasculaire, respiratoire, sanguin, digestif, musculaire, cutané
→ en vue de mobiliser l'énergie disponible
- Manifestations psychologiques :
 - Au niveau cognitif : surprise, irréalité, illusion de centralité, doute
 - Au niveau émotionnel et affectif : peur / frayeur, libération émotionnelle, sentiment d'absence de secours
 - Au niveau volitionnel : sentiment d'impuissance, de perte de contrôle



L'expérience traumatique (1)

- Evènement brutal et violent
- Effraction dans le psychisme de l'idée de la mort ou de sa représentation
- Vécu d'effroi, d'horreur, d'impuissance, d'arbitraire



L'expérience traumatique (2)

- Arrêt de la pensée, trou noir, déréalisation, désorientation
- Parfois honte et culpabilité
- Altération du sentiment d'appartenance
donc déshumanisant



Catastrophes et situations traumatisantes (1)

- Il existe des critères et classifications des catastrophes (naturelles, technologiques, guerres...)
- Tout évènement à connotation exceptionnelle et générateur de tension ou de crise pour un groupe ou une institution n'est pas forcément une catastrophe



Catastrophes et situations traumatisantes (2)

- Parler de situation à potentialité traumatique ou « potentiellement traumatisante »

- Car telle situation peut être :
 1. Traumatisante pour un sujet et pas pour un autre

 2. Ou traumatisante pour tel sujet aujourd'hui, alors qu'elle ne l'eût pas été hier et ne le serait pas demain, dans d'autres circonstances de moral, de préparation, de disposition d'énergie et de soutien social.



Syndrome psychotraumatique

Epidémiologie

- Affection fréquente pouvant concerner 1% de la population.
- Le risque de présenter ce trouble est de 9% sur la vie entière.
- 25 % des personnes exposées à un événement dramatique peuvent développer un syndrome psychotraumatique.
- D'où la nécessité de s'intéresser à la clinique immédiate et post-immédiate à des fins préventives et thérapeutiques.



Facteurs de risques en faveur d'un traumatisme psychique (1)

■ Liés au type d'évènement :

- Catastrophes naturelles : 10 à 20 % à 6 mois
- AVP : 20 à 40 %
- Attentats : 20 à 40 % de PTSD
- Viol : 85 % à 1 mois ; 60 à 70 % à 6 mois
- Situations extrêmes : (épuration ethnique, torture, génocides ...) : 100 % ?



Facteurs de risques en faveur d'un traumatisme psychique (2)

■ Selon la population :

– Vétérans : 2 à 17 %

– Professions à risque : 7 à 30 %

(policiers, sapeurs-pompiers, personnel SAMU)

– Réfugiés : 30 à 80%



Facteurs de risques en faveur d'un traumatisme psychique (3)

- Liés au sujet et à son histoire :
 - sexe féminin
 - antécédents psychiatriques personnels et / ou familiaux
 - niveau socio-économique bas
 - trauma antérieur personnel et / ou familial
 - expériences précoces
 - mauvaise qualité du soutien psychosocial



Facteurs de risques en faveur d'un traumatisme psychique (4)

- Liés directement à l'événement :
 - proximité de l'événement
 - durée de l'exposition
 - menace vitale / effroi
 - mort ou blessure grave d'un proche
 - gravité des lésions physiques



Facteurs de risques en faveur d'un traumatisme psychique (5)

- Liés aux symptômes cliniques immédiats
 - dissociation / détresse péri-traumatique
 - état de stress aigu
 - niveau haut ou prolongé de stress après événement



Clinique



Période immédiate : différents destins possibles

- Pour tous les individus : réaction de stress
 - 70 % *réaction de stress normale et adaptative*
 - 15 % *réaction de stress maîtrisée*
 - 15 % *réaction de stress dépassée*
- Pour certains : choc émotionnel voire traumatisme psychique. Notion *d'après-coup*



Réactions période immédiate (1)

- Le stress adapté : réaction utile, focalisant l'attention en vue de l'action, pouvant parfois s'accompagner de symptômes gênants et suivie d'une sensation d'épuisement-soulagement
- Le sujet se sent acteur de la situation



Réactions période immédiate (2)

- Le stress dépassé : le sujet ne peut mobiliser de façon adaptée les processus cognitifs car il est débordé par des symptômes psychologiques
 1. **Sidération** (inhibition, ralentissement, manque de contact)
 2. **Agitation** (désordre, perturbe les autres)
 3. **Fuite panique** (de la zone de catastrophe n'importe comment)
 4. **Action automatique** (comme un automate, état second)



Période post-immédiate : 2ème jour à 1 mois

- Plusieurs modalités observées :
 - réactions dites normales (post-stress normal)
 - décharge de stress différé
 - réactions pathologiques



Post-stress normal

- Sensation mixte d'épuisement-soulagement
- Prise de distance vis-à-vis de l'évènement que le sujet s'est approprié subjectivement comme faisant partie de son histoire de vie
- Reprise d'activité



Décharges de stress différé

- Sous la contrainte ou la nécessité des circonstances, le sujet a dû, dans l'urgence, « mettre sous le coude » des manifestations qui risquaient de perturber le déroulement de son stress adaptatif
- Une fois le danger écarté la tension psychique se libère dans une décharge brutale qui peut prendre les formes suivantes :
 - débâcle neuro-végétative (sudation, palpitations, tremblements etc.)
 - crise de larmes, accès de prostration, « crise de nerfs », voire comportements agressifs avec invectives, reproches et menaces
 - démonstrations de joie exagérée, euphorie injustifiée, éclats de rires bruyants et nerveux
- Ces décharges de *stress différé* sont de courte durée :
 - peuvent rester sans récurrence et sans séquelles
 - peuvent constituer le prélude à des évolutions psychotraumatiques durables ou chronicisées



Réactions pathologiques

- Réactions névropathiques différées : anxieuses, phobiques, hystériques
- Queue de stress : le stress perdure bien au-delà de quelques heures
- Entrée dans la névrose traumatique : TSPT



Apparition d'un syndrome psychotraumatique : TSPT (1)

- Après un temps de latence, qui peut être plus ou moins long, apparition de symptômes qui ne relèvent plus du stress mais du trauma
- Syndrome de répétition, survenue des premiers symptômes de reviviscence de l'évènement traumatique (visions, cauchemars) et réorganisation de la personnalité



Apparition d'un syndrome psychotraumatique : TSPT (2)

- Souvent accompagnée de difficultés d'endormissement, d'une anticipation anxieuse, de conduites d'évitement, parfois de rituels obsessionnels
- Symptômes associés : troubles du caractère, troubles dépressifs, troubles des conduites (dont prise de produits psychoactifs), asthénie, manifestations psychosomatiques

Évolution des troubles psychotraumatiques





Évolution du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT)

- Risque suicidaire x 15 : comment vivre quand la mort est autour ou derrière nous ?
- Evolution favorable dans 80 % des cas
- Parfois très invalidant
- Dépistage / chronicisation
 - problème de santé publique et donc de dépistage
 - il faut un traitement précoce car plus les symptômes durent... plus ils vont durer...



Évaluation



Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5) - 2013

- A – exposition directe ou indirecte à un évènement confrontant à la mort aux blessures graves ou à des violences sexuelles, incluant les menaces. Peut concerner les proches d'une victime ou les professionnels.
- B – reviviscences, cauchemars, flashbacks, détresse psychologique ou réactions physiologiques à des déclencheurs de l'évènement (au moins 1 symptôme)
- C – comportements d'évitement par rapport à des situations, des sentiments, pensées, souvenirs, rappelant l'évènement (au moins 1 symptôme)
- D – altérations des pensées et de l'humeur jusqu'à occasionner des pertes de mémoire, croyances négatives ou attentes exagérées de soi-même et des autres, blâme de soi-même et des autres, négativité, sentiment de détachement ou d'aliénation des autres (au moins 2 symptômes)
- E – changement dans la réactivité, irritabilité, colère, imprudence, autodestruction, hyper vigilance, problèmes de concentration, problèmes de sommeil (au moins 2 symptômes)
- F – durée supérieure à un mois pour B,C,D,E (sinon Etat de Stress Aigu)
- G – altération du fonctionnement social, professionnel, relationnel



Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ)

- Il s'agit d'un test auto-administré en 10 items qui mesure les expériences de dissociation vécues pendant un événement traumatique, ainsi que les quelques heures qui suivent celui-ci. Les personnes qui présentent une forte dissociation risquent de développer des troubles de stress post-traumatiques (Birmes et al., 2003).
- Chaque item est coté de 1 (pas du tout vrai) à 5 (extrêmement vrai). Le score total est la somme de tous les items. Un **score à partir de 15** indique une dissociation significative.
- Validation PDEQ :
 - Marmar, C.R., Weiss, D.S., & Metzler, T.J. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In Wilson J.P., Marmar C.R., (Eds.). *Assessing psychological trauma and posttraumatic stress disorder* (p. 412-428). New York : The Guilford Press.
 - Birmes, P., Brunet, A., Benoit, M., et al. (2004). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European Psychiatry*, 226, 1-7.

Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ)	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
Il y a eu des moments où j'ai perdu le fil de ce qui se passait – j'étais complètement déconnecté(e) ou, d'une certaine façon, j'ai senti que je ne faisais pas partie de ce qui se passait	1	2	3	4	5
Je me suis retrouvé(e) sur "pilote automatique", je me suis mis(e) à faire des choses que (je l'ai réalisé plus tard) je n'avais pas activement décidé de faire	1	2	3	4	5
Ma perception du temps a changé les choses avait l'air de se dérouler au ralenti	1	2	3	4	5
Ce qui se passait me semblait irréel, comme si j'étais dans un rêve, ou au cinéma, en train de jouer un rôle	1	2	3	4	5
C'est comme si j'étais la spectatrice de ce qui m'arrivait, comme si je flottais au-dessus de la scène et l'observais de l'extérieur	1	2	3	4	5
Il y a eu des moments où la perception que j'avais de mon corps était distordue ou changée. Je me sentais déconnecté(e) de mon propre corps, ou bien il me semblait plus grand ou plus petit que d'habitude	1	2	3	4	5
J'avais l'impression que les choses qui arrivaient aux autres arrivaient à moi aussi, comme par exemple être en danger alors que je ne l'étais pas	1	2	3	4	5
J'ai été surpris(e) de constater après coup que plusieurs choses s'étaient produites sans que je m'en rende compte, des choses que j'aurais habituellement remarquées	1	2	3	4	5
J'étais confus(e), c'est-à-dire que par moment j'avais de la difficulté à comprendre ce qui se passait vraiment	1	2	3	4	5
J'étais désorienté(e), c'est-à-dire que par moment, j'étais incertain(e) de l'endroit où je me trouvais ou de l'heure qu'il était	1	2	3	4	5



Peritraumatic Distress Inventory (PDI)

- Échelle d'auto-évaluation de 13 items permettant de déterminer les réactions de détresse émotionnelles d'une personne, au moment d'un événement traumatique, dans les minutes et les heures qui suivent.
- Les personnes qui présentent une forte détresse péritraumatique risquent de développer des troubles de stress post-traumatiques (Jehel et al., 2006).
- Chacun des 13 items est coté de 0 (pas du tout vrai) à 4 (extrêmement vrai). Le score total est la somme de tous les items. Un **score à partir de 15** indique une détresse significative.
- Validation PDI :
 - Brunet, A., Weiss, D.S., Metzler, T.J., et al. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: A proposed Measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1480-1485.
 - Jehel, L., Brunet, A., Paterniti, S., et al. (2005). Validation of the French version of the Peritraumatic Distress Inventory. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 67-71.

Peritraumatic Distress Inventory (PDI)	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
Je me sentais incapable de faire quoi que ce soit	0	1	2	3	4
Je ressentais de la tristesse et du chagrin	0	1	2	3	4
Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus	0	1	2	3	4
J'avais peur pour ma propre sécurité	0	1	2	3	4
Je me sentais coupable	0	1	2	3	4
J'avais honte de mes réactions émotionnelles	0	1	2	3	4
J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres	0	1	2	3	4
J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions	0	1	2	3	4
J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle	0	1	2	3	4
J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu	0	1	2	3	4
J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations	0	1	2	3	4
J'étais sur le point de m'évanouir	0	1	2	3	4
Je pensais que j'allais mourir	0	1	2	3	4



Impact of Event Scale – Revised (IES-R)

- Echelle d'auto évaluation de 22 items de passation rapide qui mesure la sévérité des symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hyperéveil (symptômes neuro-végétatifs) vécus pendant les **7 derniers jours**.
- Chacun des 13 items est coté de 0 (pas du tout vrai) à 4 (extrêmement vrai). Le score total est la somme de tous les items.
- Résultats :
 - **Un score à l'IES-R entre 1 – 11** : peu de symptômes de stress post-traumatique. Aucune action n'est requise.
 - **Un score à l'IES-R entre 12 – 32** : plusieurs symptômes de stress post-traumatiques. A surveiller.
 - **Un score égal ou supérieur à 33** : trouble de stress post-traumatique. Prévoir une évaluation approfondie.

IES-R	Pas du tout	Un peu	Moyen nement	Beau coup	Énorm ément
Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	0	1	2	3	4
Je me suis réveillé la nuit	0	1	2	3	4
Différentes choses m'y faisaient penser	0	1	2	3	4
Je me sentais irritable et en colère	0	1	2	3	4
Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	0	1	2	3	4
Sans le vouloir, j'y repensais	0	1	2	3	4
J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	0	1	2	3	4
Je me suis tenu(e) loin de tout ce qui m'y faisait penser	0	1	2	3	4
Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	0	1	2	3	4
J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement	0	1	2	3	4
J'essayais de ne pas y penser	0	1	2	3	4
J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face	0	1	2	3	4
Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés	0	1	2	3	4
Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement	0	1	2	3	4
J'avais du mal à m'endormir	0	1	2	3	4
J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement	0	1	2	3	4
J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	0	1	2	3	4
J'avais du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	0	1	2	3	4
J'ai rêvé à l'événement	0	1	2	3	4
J'étais aux aguets et sur mes gardes	0	1	2	3	4
J'ai essayé de ne pas en parler	0	1	2	3	4



IES-R : références

- Weiss, D. (1996). Psychotraumatic review of the Impact of Events Scale – Revised. In B. H. Stamm (Ed.). *Measurement of stress, trauma and adaptation*. Lutherville, MD : Sidan Press.
- Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds), *Assessing Psychological trauma and PTSD*, 399-411. New York : Guildford.
- Brunet A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). Validation of a French version of the Impact of EventScale-Revised. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 56-61
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale - Revised. *Behavior Research & Therapy*, 41, 1489-1496.



Prises en charge



Trois modalités

- Psychothérapies
- Prescriptions médicamenteuses
- Accompagnement socio-judiciaire

Spécificités de la CUMP

- Déclenchée par le SAMU



- Intervient pour une situation collective à potentialité traumatique (accident grave, catastrophe naturelle, attentats...)



Les soins en phase immédiate

- Intervenants de la CUMP : psychiatres, psychologues et infirmiers
- Prise en compte de la crise générée par l'événement potentiellement traumatique
- Defusing
- Traitement psychotrope symptomatique



Prise en compte de la crise générée par l'événement (1)

- Face à la perte des repères, les soignants instaurent des limites rassurantes, une présence contenant et étayante
- Favorisent cohérence et espace de pensée dans la gestion de la situation



Prise en compte de la crise générée par l'événement (2)

- Aide auprès des responsables institutionnels (ou partenaires) afin de les conforter dans leur rôle propre
- Régulation de la crise : limiter les risques de réponses inadéquates génératrices d'angoisse supplémentaire pour les victimes



L'attitude d'accompagnement

- Reconnaissance de la souffrance ressentie
- Situer la personne dans « l'ici et maintenant »
- Questions simples autour de l'événement sans intrusion
- Pas de déculpabilisation, pas de dédramatisation
- Information et orientation de la personne sur les relais, et, si nécessaire, médication



Le defusing : principes (1)

- Intervention précoce dans les heures qui suivent l'événement, sur le terrain
- Individuel ou groupal
- Sujets en stress adapté
- Présence accueillante, empathique, attentive et non intrusive
- Apporter chaleur et humanité
- Prévoir confort matériel (évaluation des besoins, liens avec les secouristes)



Le defusing : principes (2)

- Conditions de l'écoute : être à l'abri du danger, dans un lieu calme et sécurisé, désir de la victime de parler
- Se présenter comme garant de la réalité
- Favoriser la verbalisation émotionnelle immédiate de l'événement en terme de vécu et ressenti (faits, émotions, pensées)
- Contenir toute décharge émotionnelle qui l'accompagne



Le defusing : effets (3)

- Permet aux victimes d'exprimer en toute sécurité leurs réactions subjectives
- De s'ouvrir peu à peu à une réaction adaptative
- Restauration des liens d'appartenance
- Apaisement et restauration de l'enveloppe psychique de la personne victime
- Liaison de l'image traumatique par le langage



Les soins en phase immédiate (suite)

- **Traitement psychotrope symptomatique**
 - (Hydroxyzine 25-100 mg/j, Alprazolam 0,25- 2 mg/j, Buspirone 15-40 mg/j)
- **Certificats médicaux (arrêt de travail, ITT)**



Les soins en phase post-immédiate : le debriefing (1)

- Intervention Psychothérapique Post-Immédiate
- Action thérapeutique structurée
- Collective ou individuelle
- Si collective, groupe préalablement constitué
- Décalée dans le temps (entre 2ème et 10ème jour)
- Réalisée par des thérapeutes formés



Les soins en phase post-immédiate : le debriefing (2)

- Aider à surmonter le bouleversement lié à l'événement
- Repérer les personnes fragilisées et prévoir pour elles une prise en charge ultérieure
- Prévenir le développement d'un syndrome psychotraumatique
- Information et analyse des symptômes rencontrés
- Restaurer la cohésion du groupe
- Aider à envisager le futur



Les soins en phase post-immédiate : groupes de parole

- Interventions collectives ouvertes
- Lorsque le debriefing n'est pas adapté à la situation
- Échange concernant l'événement
- On passe de l'isolement à « une conscience collective »
- Techniques d'animation



Les soins à moyen et long terme (1)

■ Psychothérapies :

- Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC)
- Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing – **EMDR**)
- Hypnose
- Psychothérapies dynamiques
- Approche systémique
- Prévention de la crise suicidaire
- Prise en charge des comorbidités, dépression, addictions



Les soins à moyen et long terme (2)

■ Prescriptions médicamenteuses

- Antidépresseurs (IRS/IRSNA) :
 - Paroxétine (AMM France) 20-40 mg/j
 - Sertraline 50-200 mg/j
- Anxiolytiques :
 - Hydroxyzine 25-100 mg/j
 - Alprazolam 0,25- 2 mg/j
 - Buspirone 15-40 mg/j)



Les soins à moyen et long terme (3)

- Accompagnement socio-judiciaire :
 - information,
 - orientation,
 - contacts avec les associations de victimes,
 - rédaction de certificats, expertises

Christian Navarre

Du traumatisme
collectif



à la catastrophe
individuelle

