

26 septembre 2019

Prise en charge des blessés psychiques en cas d'attentat

Dr Gaëlle ABGRALL
Référente CUMP de Paris et
d'Ile de France

Dr Elise NEFF
Référente adjointe CUMP de Paris
et d'Ile de France



ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS

Victimes d'attentat, impact psycho-émotionnel



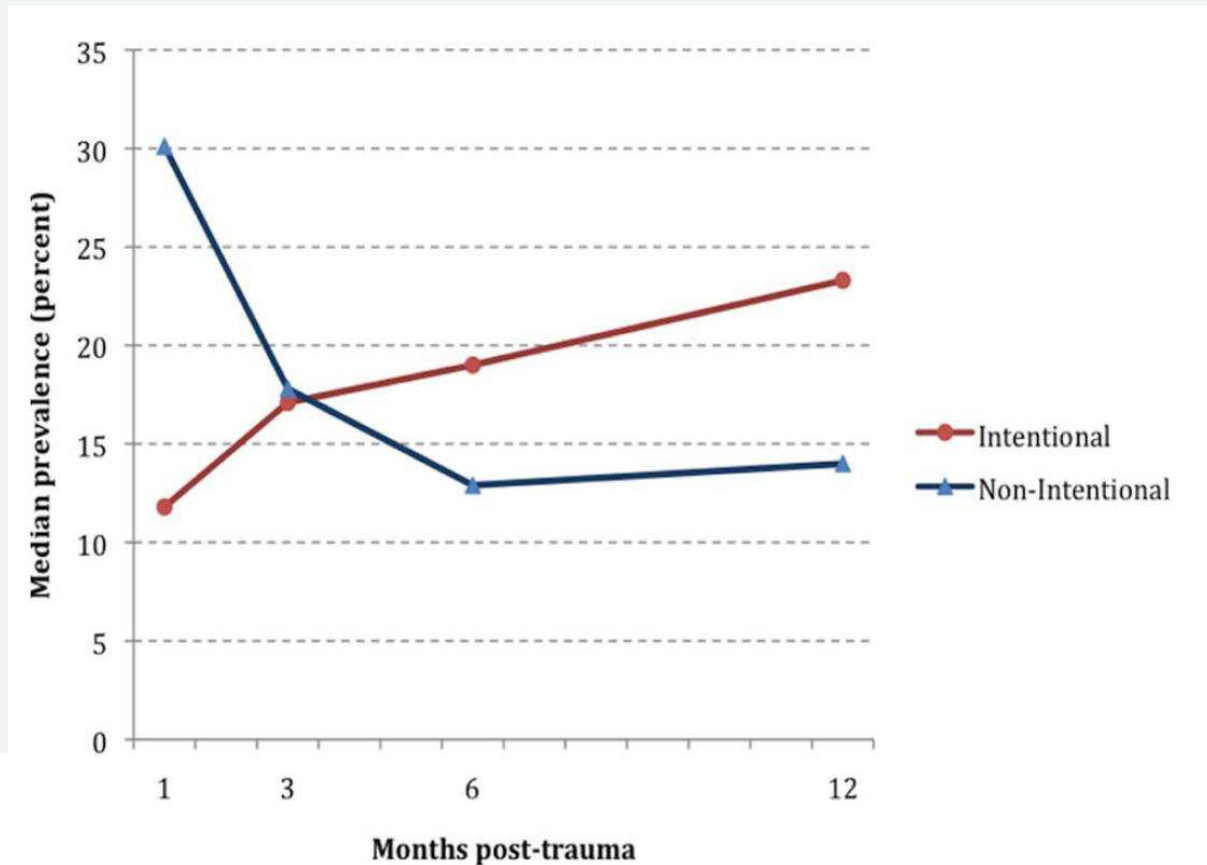
Particularités des attentats

- Faits perpétrés par l'homme particulièrement traumatiques
- Afflux massif de victimes
- « Médecine de guerre »
- Désorganisation des institutions



Epidémiologie

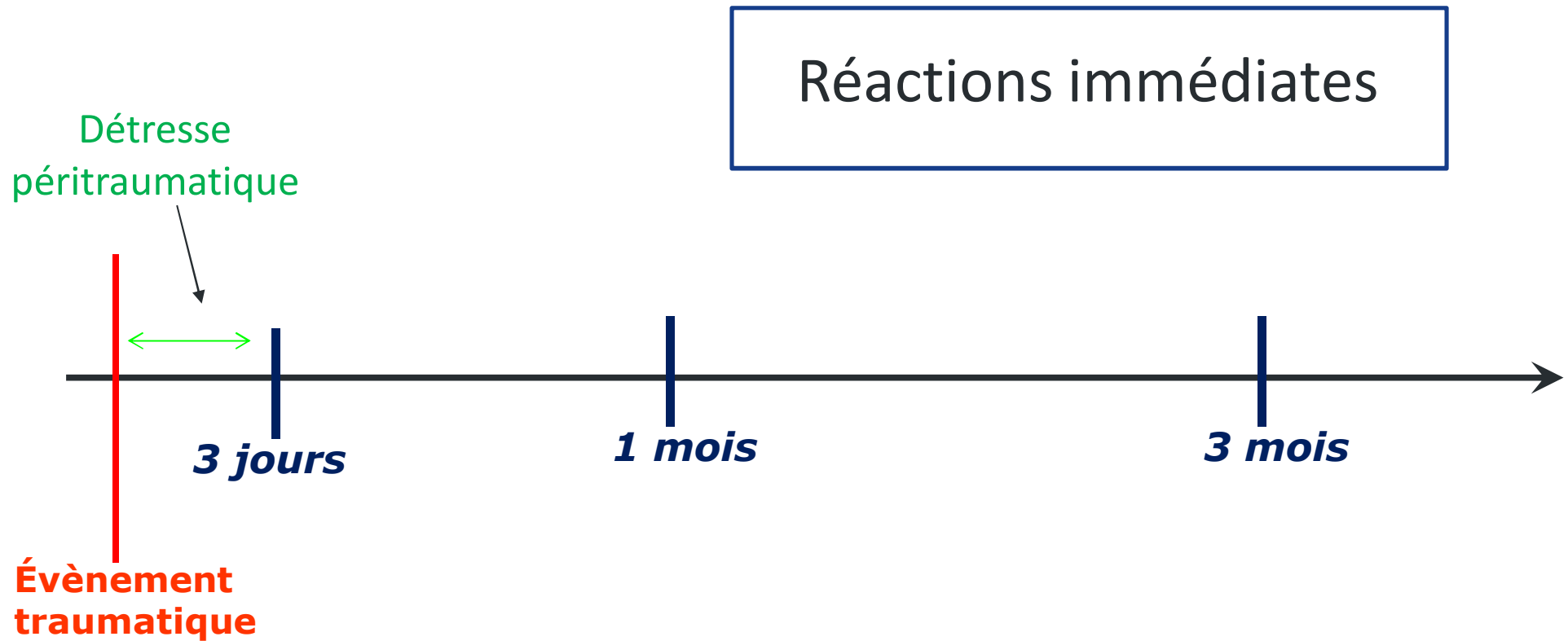
- Prévalence majorée au décours des événements catastrophiques
- Particularité des événements au caractère intentionnel



Prévalences médianes d'ESPT selon le DSM-V, événements traumatisants intentionnels et non intentionnels.

(Santiago et al. 2013)

Genèse du traumatisme psychique



Clinique de l'immédiat

- Stress adapté
 - Réaction immédiate adaptative : réaction d'alerte et de mobilisation
- Stress avec coloration psychopathologique
 - Névrotique / Psychotique
- Réaction inadaptée, stress dépassé
 - sidération
 - agitation
 - fuite panique
 - actes automatiques



Dissociation péri-traumatique

➤ Rupture de l'unité psychique au moment de l'ET

-> Altération de la perception du lieu, du temps et de soi

* Déréalisation

* Dépersonnalisation

* Décorporalisation

Impression que son corps n'est plus tout à fait le sien

Impression d'être détaché de ses émotions, de ne plus en avoir

Impression que le temps s'est ralenti ou accéléré

Impression de sortir de son corps et de le voir de l'extérieur

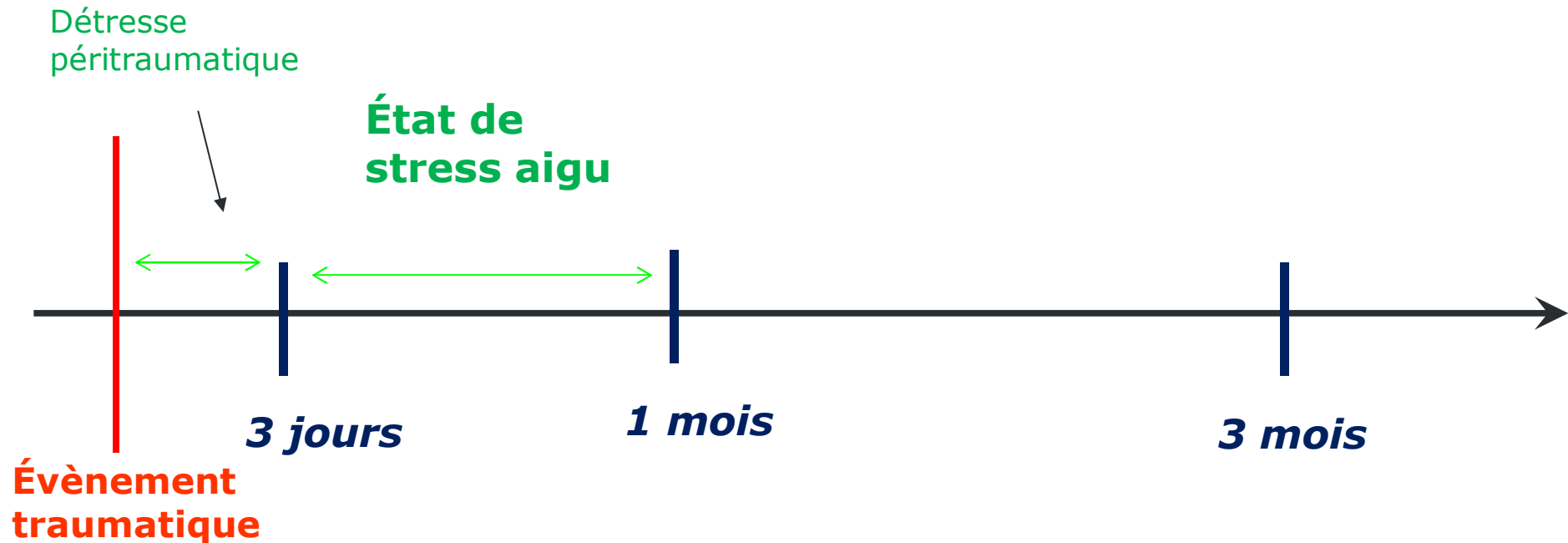
Impression d'un environnement étrange et irréel

Impression d'être submergé par des sensations



Genèse du traumatisme psychique

Phase post-immédiate



Clinique des troubles post-immédiats (1)

- Symptômes de reviviscence
 - Souvenirs récurrents et anxiogènes de l'ET
 - Rêves de répétition de l'ET
 - Détresse ou agir à l'exposition d'un stimulus évocateur de l'ET
- Symptômes d'évitement
 - Des souvenirs et sentiments associés à l'ET
 - Des personnes, lieux, conversations, objets et situations associés à l'ET
- Symptômes dissociatifs
 - Déréalisation, dépersonnalisation
 - Amnésie dissociative



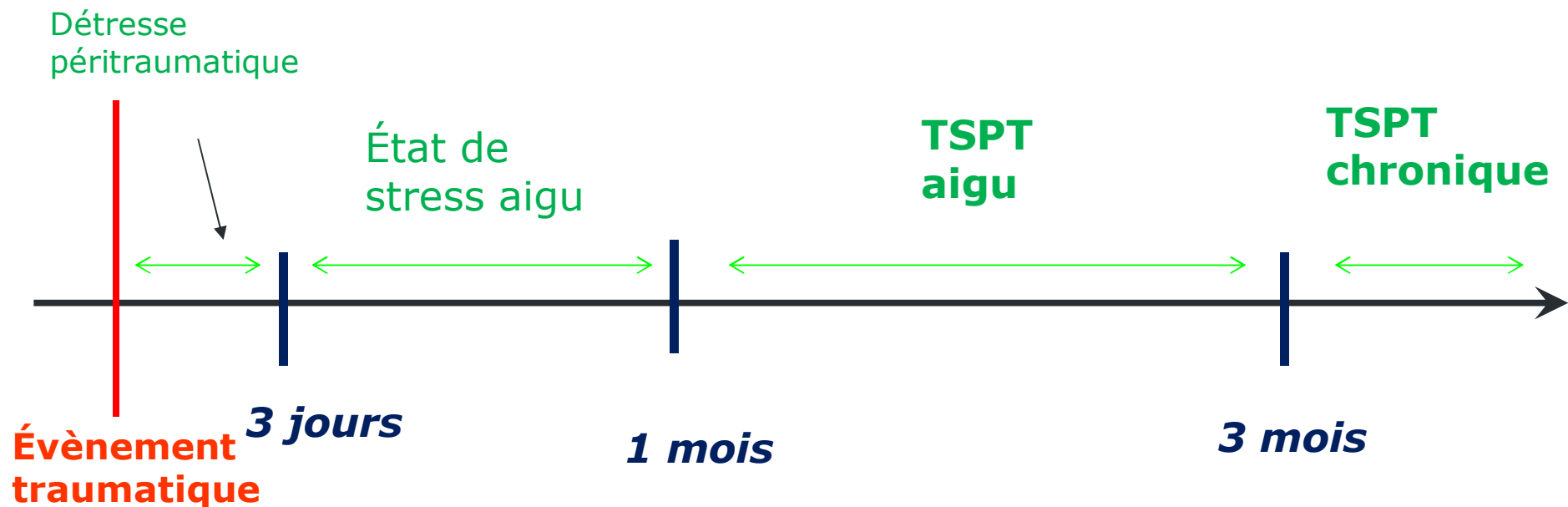
Clinique des troubles post-immédiats (2)

- Hyperactivité neurovégétative
 - Troubles du sommeil
 - Irritabilité, accès de colère
 - Hypervigilance
 - Difficultés de concentration
 - Réaction de sursaut exagérée
- Symptômes dépressifs
 - inhibition, tristesse, anhédonie, aboulie



Genèse du traumatisme psychique

Chronicisation des troubles



Clinique du TSPT DSM-V (1)

- *Troubles liés aux traumatismes et au stress*
- Critère étiologique (A) : Exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles
 1. Vivre directement l'événement traumatique
 2. Etre témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres
 3. Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche
 4. Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers)



Clinique du TSPT (2)

- Symptômes intrusifs (Critère B) : reviviscences, souvenirs envahissants, cauchemars de répétition,...
- Symptômes d'évitement (critère C) : des souvenirs et sentiments associés à l'événement, des personnes, lieux, conversations, objets et situations
- Altération des cognitions et de l'humeur (critère D) : cognitions erronées sur les causes et conséquences, émotions négatives (peur, horreur, honte, culpabilité), sentiment de détachement vis-à-vis des autres, aboulie, anhédonie,...
- Symptômes d'hyperactivation (critère E) : hypervigilance, irritabilité, accès de colère, difficultés de concentration, troubles du sommeil,...
- Durée de plus d'un mois (critère F)



Troubles comorbides

- Abus de substances psychoactives : 40 à 50% des cas (alcool, tabac, cannabis, médicaments...)
- Dépression : 50 à 80% des cas
- Risque suicidaire : 45%
- Troubles du sommeil (insomnie, cauchemars)
- Trouble du comportement alimentaire (anorexie, boulimie)
- Troubles somatoformes (fatigue, douleurs chroniques, troubles GI, GU, CV,...)
- Troubles anxieux (attaques de panique, TAG, TOC, phobies)



Impact chez les intervenants

➤ Risque de TSPT

→ Critère A4 : *Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique*



Taux de prévalence
du TSPT chez
différents
intervenants lors des
derniers attentats
(*ESPA 13-Novembre*)

| <u>Evénement</u> | <u>Taux de prévalence TSPT</u> | <u>Temps / à l'événement</u> |
|--|--|------------------------------|
| Attentat janvier 2015 | 3% des intervenants | 6 à 18 mois |
| Attentat Londres juillet 2005 | 6% des ambulanciers | 2 à 4 mois |
| Attentat Madrid mars 2004 | 1,3% forces de l'ordre | 5 à 12 semaines |
| Attentat 11 septembre 2001 | 9,8% des pompiers | 1 an |
| Attentat 11 septembre 2001 | 6,2% des policiers, 14,1% des services d'urgence médicale, 9,1% des associatifs | 2 à 3 ans |



ESPA 13-Novembre

Répartition des personnes souffrant d'un trouble de stress post-traumatique par catégorie d'intervenant, enquête ESPA 13-Novembre (n=664)

| | Non | | Oui | | IC95% |
|---------------------------------------|------------|-------------|-----------|------------|----------------|
| | N | % | N | % | |
| Professionnels de santé | 214 | 95,5 | 10 | 4,5 | 2,4-8,0 |
| Brigade des sapeurs-pompiers de Paris | 193 | 96,5 | 7 | 3,5 | 1,7-7,0 |
| Association de protection civile | 126 | 95,5 | 6 | 4,5 | 2,1-9,6 |
| Forces de police | 82 | 90,1 | 9 | 9,9 | 5,3-17,7 |
| Personnels des villes | 14 | 93,3 | 1 | 6,7 | 1,2-29,8 |
| Autre | 2 | 100,0 | 0 | 0,0 | - |
| Total | 631 | 95,0 | 33 | 5,0 | 3,6-6,9 |

IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Facteurs de risque

Intervention sur les lieux non sécurisés
Faible niveau d'étude
Antécédents psychiatriques

Facteurs protecteurs

Sensibilisation aux risques psychosociaux
Connaissance d'une personne ressource sur ces risques
Sensibilisation aux conséquences psychologiques suite à une intervention traumatogène
Formation aux premiers secours psychologiques
Soutien social

A plus long terme...

- **Traumatisme vicariant** : changements psychologiques profonds et cumulatifs chez les aidants* avec authentiques symptômes de stress post-traumatique (Pearlman, Saakvitne, 1990)
- **Fatigue compassionnelle** : usure profonde et douloureuse résultant de l'exposition prolongée à la détresse d'autrui , état d'épuisement et de dysfonctionnement global des aidants* (Figley, 1997)

Aidants* : Soignants, psychologues, sauveteurs, travailleurs sociaux, policiers, avocats,...



Troubles graves, conséquences graves

- Enjeu majeur de santé publique
- Risque pour la santé mentale et physique / Risque vital
- Retentissement familial, social, affectif, professionnel
- Pour les impliqués ET les intervenants
- Nécessité d'une prise en charge précoce, structurée et centrée sur le traumatisme



Cellules d'Urgence Medico-Psychologiques



Missions des CUMP

- Prise en charge des impliqués, familles et proches, intervenants
- Lors de la survenue d'un évènement potentiellement traumatique
- Dimension collective
- En immédiat et post immédiat
- Territoire français et étranger si Français impliqués



Organisation

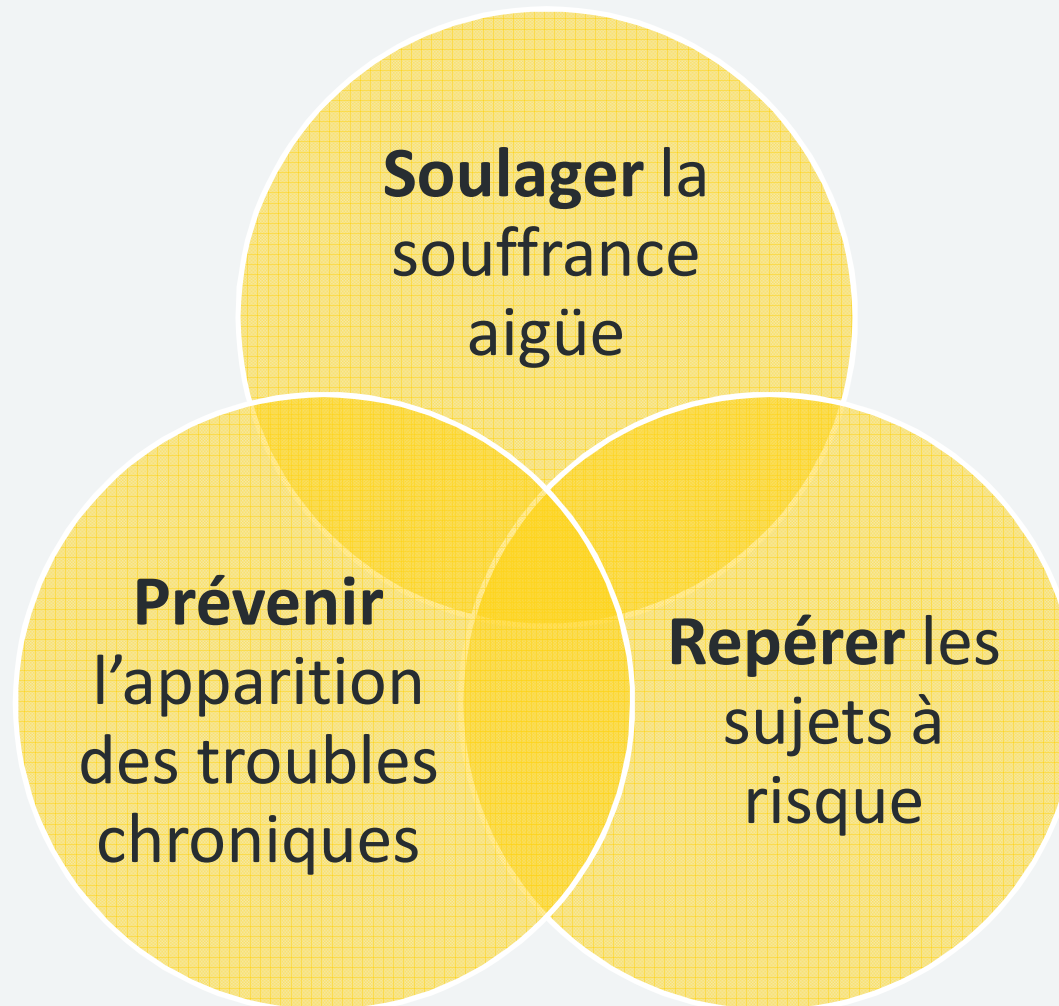


- Départementale, régionale, zonale
- Référence nationale

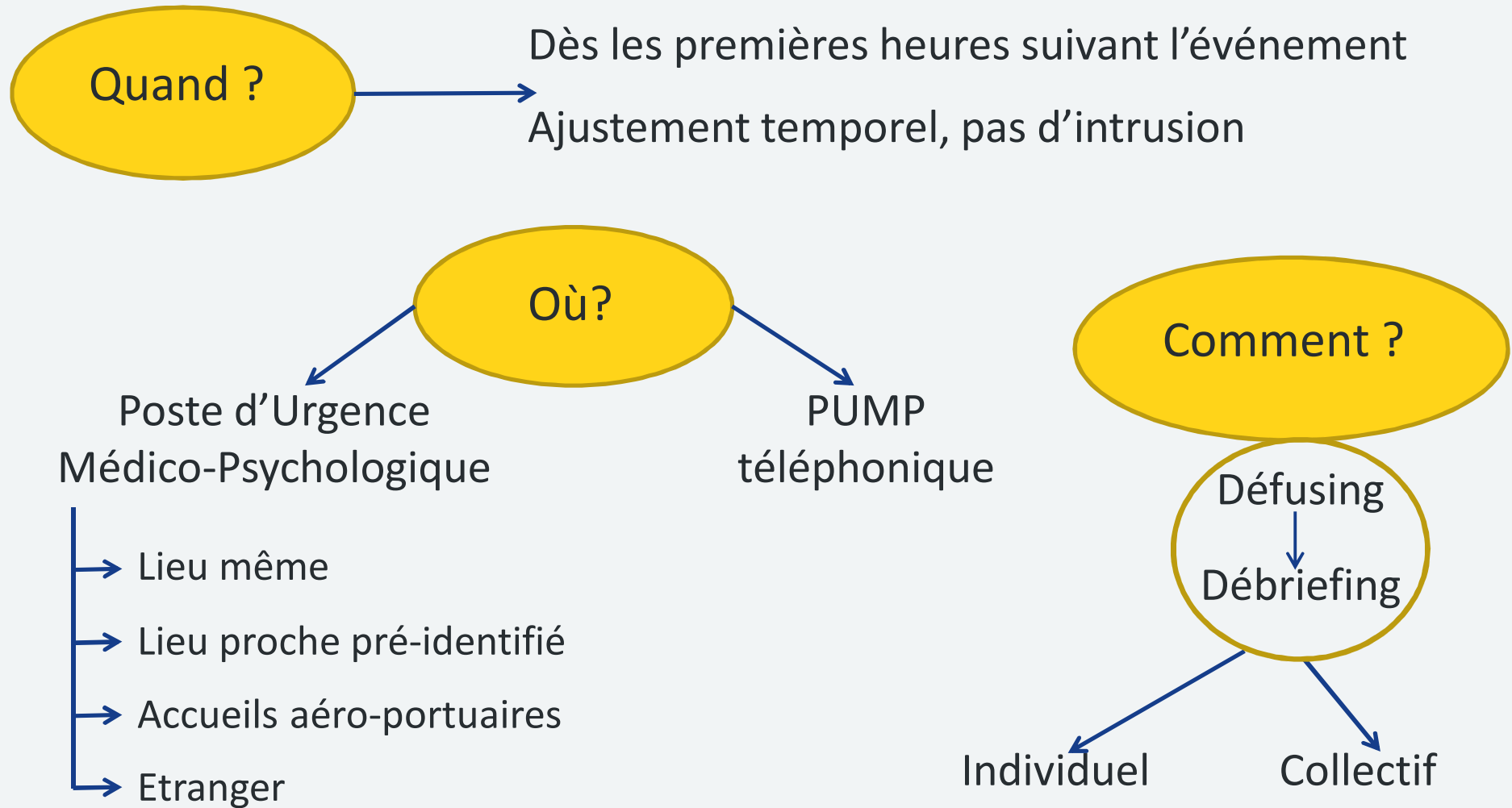
- Peu de permanents
- Pool de volontaires



Rôles des CUMP



Principes d'intervention



Le Poste d'Urgence Médico Psychologique



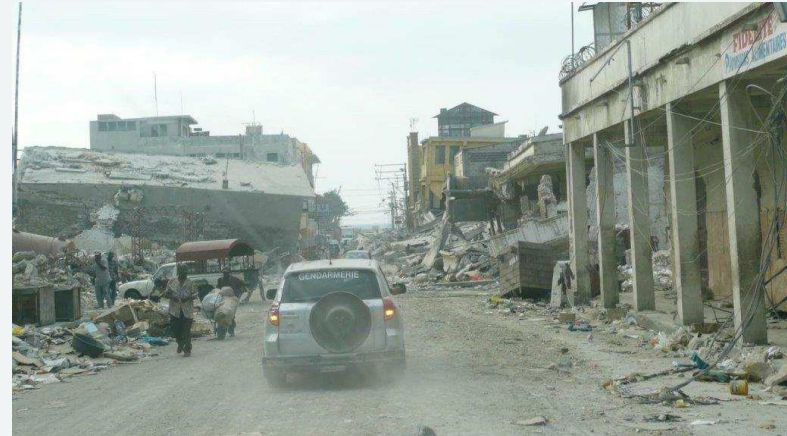
Sur le lieu même de l'événement



Missions à l'étranger

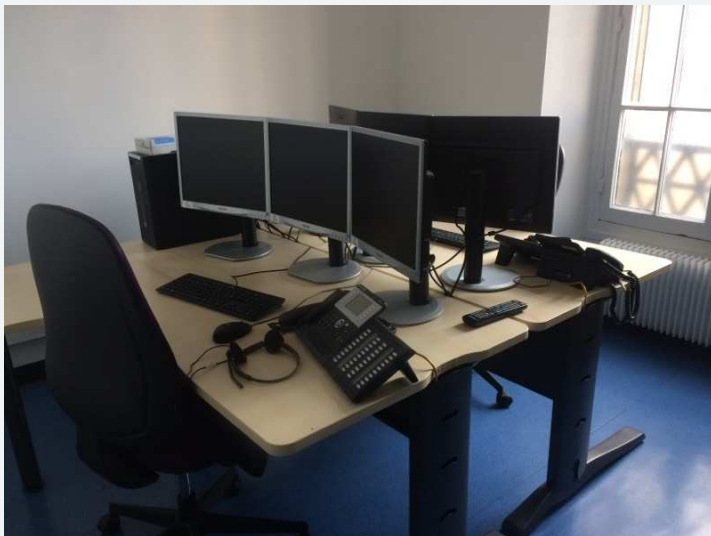
➤ *TASK FORCE Médico-Psychologique*

- Prise en charge médico-psychologique des Français à l'étranger
- En lien avec le MEAE et la DGS
- Groupe de 70 volontaires, spécifiquement recrutés et formés



Le PUMP téléphonique national

- ✓ 1 numéro unique, ligne dédiée en régulation du SAMU de Paris



- ✓ Locaux dédiés



Merci de votre attention.

