

# APPROCHES THÉRAPEUTIQUES IMMÉDIATES ET POST-IMMÉDIATES DU PSYCHOTRAUMATISME

FRANÇOIS DUCROCQ\*

## RÉSUMÉ

La confrontation à un événement traumatique entraîne des réponses psychologiques et des réactions biologiques destinées à la survie et à l'adaptation, qui se développent sans intervention ni contrôle délibéré du sujet. Elles sont souvent adaptatives, mais elles prennent parfois la forme d'un stress dépassé et peuvent être le prélude à une évolution pathologique. En effet, des liens clairs se dessinent actuellement entre le type et l'intensité des réactions immédiates et le développement de pathologies au long cours telles que l'état de stress post-traumatique. Compte tenu du nombre de sujets confrontés au cours de leur vie à un ou plusieurs événements traumatiques, du nombre de patients souffrant d'un trouble psychotraumatique constitué, de la présence fréquente de troubles associés (comorbidité), et du retentissement social, familial, affectif ou professionnel du trouble, le repérage de facteurs de risque et la mise en place de stratégies de soins spécifiques représentent un véritable enjeu de santé publique. Complexes et encore en plein développement, les stratégies de soins représentent un continuum qui va de l'intervention pré-hospitalière, la plus généraliste, aux traitements médicamenteux les plus innovants.

## MOTS-CLÉS

psychotrauma, cellule d'urgence médico-psychologique, débriefing, défusing, pharmacothérapie.

## SUMMARY: IMMEDIATE AND POST-IMMEDIATE THERAPEUTIC APPROACHES OF THE PSYCHOTRAUMATISM

The confrontation with a traumatic event entails psychological answers and biological reactions intended for the survival and for the adaptation which develop without intervention nor control deliberated on the subject. They are often adaptive, but they sometimes take the shape of an exceeded stress and can be the prelude to a pathological evolution. Indeed, clear links are at present outlined between the type and the intensity of the immediate reactions and the development of long-term pathologies such as a posttraumatic stress disorder. Considering the number of subjects confronted during their life with one or several traumatic events, the number of patients suffering from a psychotraumatism, the frequent presence of comorbidities, and the social, family, emotional or professional echo of the disorder, the location of risk factors and the implementation of strategies of specific care represent a real stake in public health. Complex and still in full development, the strategies of care represent a continuum which goes from the intervention meadow hospitable, the most non-specialized, to the most innovative medicinal treatments.

## KEY WORDS

psychotraumatism, posttraumatic stress disorder, medical and psychological emergency unit, debriefing, defusing, medicinal treatment.

## L'INTERVENTION PRÉ-HOSPITALIÈRE : LES CUMP

À la suite de l'attentat de la station RER Saint-Michel le 25 juillet 1995 à Paris, et à l'initiative du Secrétaire d'État à l'action humanitaire d'urgence, Xavier Emmanuelli, une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) a été constituée avec

*\*Psychiatre, Cellule d'urgence médico-psychologique et Clinique universitaire de psychiatrie, CHRU de Lille, France*

pour mission de définir les objectifs et les modalités de la prise en charge psychique des victimes d'attentats ou de catastrophes en France. Depuis, des CUMP ont été mises en place aux niveaux régional et départemental, dotées de moyens humains spécifiques, généralement rattachées aux Service d'aide médicale urgente (SAMU).

La circulaire du 28 mai 1997 a défini les conditions du déclenchement d'une intervention d'ur-

gence médico-psychologique : “*en cas de catastrophe ou d'événement majeur ou lorsque le préfet juge que la situation est suffisamment grave pour justifier l'intervention d'équipes de volontaires de l'urgence médico-psychologique, il charge le médecin responsable du SAMU départemental de les mobiliser, en liaison avec le psychiatre coordonnateur de la cellule régionale ou le psychiatre référent départemental*”. Cette définition, bien qu'imprécise quant aux indications des interventions, situe bien celles-ci dans le cadre des secours d'urgence à de nombreuses victimes, organisés au niveau départemental par les plans de secours.

Ainsi, en cas de catastrophe, aux côtés des équipes médicales dites “somatiques” qui centrent légitimement leur intérêt sur le secours physique, la CUMP est dirigée par un psychiatre, responsable médical d'intervention. Intégrée aux éléments d'intervention du SAMU, et placée sous son autorité, sa mission est d'évaluer et de trier les blessés psychiques, de leur prodiguer des soins médico-psychologiques immédiats, et de les faire évacuer, si nécessaire, vers des hôpitaux. Tous les patients pris en charge au Poste d'urgence médico-psychologique (PUMP) reçoivent une note d'information décrivant, en termes accessibles au grand public, les symptômes immédiats ou tardifs qu'ils peuvent ressentir et mentionnant les coordonnées des consultations spécialisées auxquels ils pourront s'adresser ultérieurement.

## LE TEMPS DE L'URGENCE EN MILIEU HOSPITALIER

Comme l'intervention sur le terrain, l'intervention post-immédiate vise à prendre en charge les manifestations aiguës de stress ou les premiers symptômes psychotraumatiques qui peuvent survenir pendant cette période. Elle se situe à l'arrivée aux urgences et surtout, dans les jours qui suivent, dans les services hospitaliers pour ceux qui restent hospitalisés, ou dans le cadre de consultations spécialisés.

### LE REPÉRAGE DES FACTEURS DE RISQUE DE DÉVELOPPEMENT D'UN PSYCHOTRAUMA

Dès l'accueil des sujets venant d'être confrontés à un événement traumatique, il est déterminant de repérer les éléments qui “signent” le traumatisme, car bien heureusement tous les sujets exposés n'ont pas été traumatisés au sens médical ou psychologique du terme (sentiment de mort imminente, rencontre manquée avec la mort...) (cf. F. Lebigot, pp. 201-204). Trois grands groupes de facteurs de risque sont classiquement distingués :

- ceux liés au sujet lui-même : femmes, sujets présentant un trouble psychiatrique au moment du trauma (en particulier dépression ou trouble anxieux), faible niveau socio-économique ;
- ceux liés à l'événement : trauma causé par une main

humaine (on oppose classiquement agression et accident), proximité géographique de l'événement, menace vitale réelle, présence de blessés physiques et/ou de décès ;

- le type de réactions émotionnelles immédiates.

Ce dernier point mérite d'être détaillé. En effet, pour être qualifié de “traumatique”, un événement doit avoir généré chez le sujet une réaction de peur intense, d'impuissance ou d'horreur. Souffriront ainsi davantage de troubles psychotraumatiques les sujets ayant connu des réactions de détresse ou de dissociation péritraumatique (altération de la conscience, dépersonnalisation, déréalisation, comportements moteurs automatiques...), et plus généralement les sujets ayant présenté une réaction de stress intense, prolongée et durable. À ce titre, la mesure de la fréquence cardiaque est un bon reflet de ce niveau de stress prolongé et, bien que cela soit encore dans le domaine de la recherche médicale, une fréquence cardiaque supérieure à 90 ou 95 pulsations par minute à l'arrivée aux urgences semble être pour certains un signe d'alerte en faveur d'une réaction traumatique qui risque d'évoluer de manière pathologique.

### LES SOINS IMMÉDIATS

Les soins auprès de personnes victimes, légitimement considérés comme une affaire de spécialistes reconnus, associent des approches très spécialisées (défusing, débriefing) et une attitude plus générale d'accompagnement (soutien psychologique de base) qui n'est pas exclusivement du ressort du spécialiste.

#### *Le soutien psychologique de base ou accompagnement*

Il s'agit tout d'abord de prendre acte le plus authentiquement possible de la souffrance ressentie en posant des questions simples et ouvertes, notamment sur les faits eux-mêmes (quand, comment, où...) en prenant soin de ne pas trop faire verbaliser sur l'événement si la personne est en état de stress dépassé (sidération, agitation, comportement automatique, panique, déréalisation...) car cela peut réactiver l'événement et avoir un effet dommageable en l'absence de prise en charge spécialisée. Il convient également de donner des repères dans le temps et l'espace, d'assurer des besoins physiologiques, de rassurer la personne sur sa sécurité et de donner des informations dont on dispose sans pour autant “étouffer” le dialogue. Il faut se méfier d'une tendance spontanée qu'ont beaucoup de secouristes non spécialistes de dédramatiser ou de déculpabiliser de manière “sauvage” au risque d'handicaper la nécessaire appropriation de l'événement traumatique par le patient encore en état de choc. Chercher à rassurer la victime en minimisant ce qui lui est arrivé ou en faisant référence à d'autres situations plus “graves” peut être assimilé à un véritable déni du caractère réactionnel du ressenti de la personne, voire d'un déni de sa souffrance.

L'intervenant doit donc être bienveillant, attentif et chaleureux, tout en assurant une contenance suffisante sans hésiter à passer la main s'il est lui-même débordé par ses propres émotions ou déstabilisé par une réaction du sujet nouvelle pour lui ou qu'il juge inappropriée. Voir défaillir un intervenant de la chaîne des secours renvoie le patient à toute l'horreur de ce qu'il est en train de vivre, alors qu'à l'inverse, des réactions perçues comme témoignant d'une indifférence voire d'un mépris s'avèrent tout aussi dommageables en altérant le sentiment d'appartenance ou la perception du soutien social.

### *Le défusing*

Il s'agit schématiquement de la verbalisation émotionnelle immédiate en termes de vécu (émotions, pensées) chez les sujets en état de stress adapté. Il se veut non intrusif, le vécu de l'événement devant être rapporté par le sujet de manière la plus spontanée possible. Cette approche thérapeutique, réservée aux spécialistes, est souple et les entretiens sont généralement de courte durée, en individuel ou par petits groupes. Le défusing vise à favoriser la décharge émotionnelle et à "lier" le vécu traumatique par le langage pour permettre ce que les spécialistes appellent "l'élaboration" qui est une forme d'intégration de l'événement. Les soins immédiats sont aussi l'occasion d'informer le sujet, et parfois son entourage, sur les symptômes susceptibles de survenir, de l'orienter vers un accompagnement social et juridique, et enfin d'évoquer avec lui l'intérêt d'un suivi psychothérapeutique spécialisé à plus long terme.

### *Le traitement de l'anxiété (anxiolyse) et la prescription de sédatifs dans les situations les plus aiguës*

Lorsque le niveau d'anxiété est important, ou pour faire face à certaines manifestations de stress bruyantes ou qui mettent le sujet, voire les secours, en danger, une anxiolyse ou une sédation médicamenteuse peut s'avérer nécessaire. Elle ne sera qu'exceptionnellement imposée et prendra généralement la forme d'une prise unique d'un médicament anxiolytique et sédatif de la classe des benzodiazépines. Cette prescription médicale devra être à posologie thérapeutique standard, un sous-dosage risquant d'amplifier les réactions émotionnelles de peur.

## LES SOINS POST-IMMÉDIATS

### *Le débriefing*

Dans la chronologie de la démarche de soins auprès des victimes d'un événement traumatique, l'étape suivante est représentée par le débriefing, que nous regroupons maintenant avec le défusing sous le terme générique d'interventions psychothérapeutiques post-immédiates (IPPI).

*Le repérage au plus tôt des manifestations cliniques survenant dans les suites immédiates d'un événement hors du commun est un enjeu majeur pour le clinicien et pour le patient*

Réalisées dans les jours qui suivent la survenue de l'événement, mais qui comme nous l'avons vu plus haut peuvent débiter dès l'arrivée des patients aux urgences, ces stratégies de haute spécificité visent à repérer puis prendre en charge des manifestations cliniques liées à la persistance de la réaction de stress ou les premières manifestations

psychotraumatiques susceptibles de survenir pendant cette période. À l'inverse d'un débriefing psychologique à l'anglo-saxonne élaboré à partir de la notion de stress et qui a été l'objet de critiques elles-mêmes très critiquables, les IPPI s'appuient fortement sur les bases conceptuelles du traumatisme psychique et sont considérées comme un temps particulier qui s'inscrit dans un processus thérapeutique à moyen et long terme. Soutenues par l'idée d'une verbalisation spontanée qui favorise ce que les experts nomment "abréaction cathartique", ces prises en charge sont organisées par des thérapeutes

spécialisés en trauma et familiers du travail psychothérapeutique. Ces IPPI sont parfois associées à des approches pharmacologiques qui permettent de contenir, maîtriser ou contrôler des manifestations cliniques dont la présence et l'intensité représentent un facteur de risque de développement d'un état de stress post-traumatique ultérieur.

### *Les pistes pharmacologiques*

Bien que représentant l'un des enjeux majeurs de ces prochaines années en psychotraumatologie, la question de l'attitude pharmacologique devant des sujets qui viennent d'être confrontés à un événement traumatique demeure encore peu abordée. Sans rentrer dans les détails neurobiologiques, et en rappelant bien qu'il s'agit encore davantage de voies de recherche que de pratique clinique quotidienne, la pharmacologie se donne pour double but d'aider le sujet dans son contrôle émotionnel pour réduire l'impact de l'événement sur la mémoire et diminuer le développement de troubles ultérieurs (cf. G. Vaiva, pp. 210-213). Ces aspects respectivement considérés comme curatif et préventif s'inscrivent dans une stratégie dite de prévention secondaire. Celle-ci s'inscrit entre une improbable prévention primaire qui viserait à éviter l'apparition de l'événement (!) et une prévention tertiaire plutôt bien balisée qui a trait au repérage le plus précoce possible et la prise en charge la plus adéquate du trouble lorsque celui-ci est installé (cf. O. Cottencin, pp. 241-244).

À côté des nécessaires approches psychothérapeutiques post-immédiates, il devient possible maintenant de proposer, dès les premiers temps qui suivent l'événement, des stratégies médicamenteuses dont l'efficacité est attestée par un nombre croissant de travaux et étayée par des arguments neurobiologiques. Ainsi, si une grande prudence

est de mise sur une utilisation trop large ou systématique des benzodiazépines, émergent d'autres anxiolytiques tels que l'hydroxyzine ou des agents d'autres classes médicamenteuses comme le propranolol, quand des agents sérotoninergiques, des antagonistes du CRF, certains agents GABAergiques ou des anticonvulsivants représentent des voies prometteuses en cours d'exploration. Quelle que soit la piste privilégiée par le prescripteur, il s'agira de contrôler, de maîtriser, voire d'amender les phénomènes d'hyperéveil neurovégétatif, ou plus simplement la réaction intense et durable de stress, pour contribuer à diminuer le risque de survenue ou l'intensité de troubles ultérieurs. Si de nombreuses voies sont encore à exploiter, plusieurs travaux scientifiques ont clairement démontré qu'un traitement pharmacologique prescrit chez des sujets récemment traumatisés, généralement dans les 12 à 24 premières heures, diminuait significativement la survenue ou l'intensité d'un état de stress post-traumatique.

## CONCLUSION

**R**éperer au plus tôt, par exemple dès l'admission dans un service d'urgence ou dans des soins de première ligne en médecine générale, certaines des manifestations cliniques survenant dans les suites immédiates d'un événement hors du commun est un enjeu majeur pour le clinicien et pour le patient, car il est maintenant possible, sur des bases scientifiques cohérentes et avec un bon recul clinique, de proposer des stratégies de soins dédiées, psychothérapiques et médicamenteuses. L'efficacité curative et préventive des approches psychothérapiques est manifeste, malgré la permanence de certains débats sur un certain débriefing. Parallèlement, les développements les plus récents dans le domaine de la psychobiologie servent de base scientifique à la détermination de pistes pharmacologiques. L'ensemble de ces stratégies prend tout son sens au quotidien dans une double dimension : curative lorsqu'il s'agit de diminuer l'intensité de la souffrance psychique aiguë et préventive dans le but d'éviter avec le plus d'efficacité possible l'apparition des séquelles psychotraumatiques, ou au moins d'en diminuer l'intensité et la durée. ■