

## DEBRIEFING, ETAT DE STRESS AIGU

Mars 2007, un enfant d'une dizaine d'années, entraîné par le mécanisme d'un escalier roulant, fait une chute mortelle d'une dizaine de mètres dans un grand magasin, à une heure de grande affluence. L'accident, outre les parents, a de nombreux témoins : personnel du magasin, passants, clients dont certains vivent l'accident « en direct » puisque l'enfant tombe à leurs pieds....

Dans un premier temps, le personnel de sécurité du magasin relayé ensuite par la police protège rapidement le lieu d'accident par un cordon de sécurité. La prise en charge médicalisée se fait sur place. Evidemment, même tenue à distance, une foule nombreuse assiste à l'intervention. Dans le magasin même, l'intervention ne durera toutefois qu'une trentaine de minutes, l'enfant étant successivement perfusé, intubé, conditionné pour un transport vers un hélicoptère.

Dans les heures suivantes, l'hôpital recevra plusieurs personnes pour « état de choc émotionnel ». Parmi elles, une jeune mère enceinte avec laquelle pour des raisons linguistiques il sera impossible de dialoguer pendant plus de 30 minutes et l'employée du magasin (mère de 3 enfants et dans la famille de laquelle un drame avec décès de trois jeunes enfants a eu lieu quelques années plus tôt) aux pieds de laquelle l'enfant est tombé.

Le réflexe naturel des services somatiques joue : Où sont les psychiatres ??! Mais, ces manifestations, dans l'immédiat tout au moins, relèvent-elles réellement de la psychiatrie ou plutôt d'une écoute « chronophage » il est vrai, mais permettant au prix de quelques notions de base, de dépister un problème potentiellement plus grave que l'état de choc émotionnel qui constituera presque inévitablement le motif de consultation inscrit au dossier ??

### MAIS DE QUOI S'AGIT-IL ?

Le personnel médical et paramédical intervenant en préhospitalier, mais aussi d'autres intervenants (policiers, pompiers,...) sont fréquemment confrontés à des situations violentes (sinistres, agressions, accidents, suicides...) qui peuvent entraîner un état intense de peur et un sentiment d'impuissance, d'échec ou d'horreur.

Les témoins d'accidents ou les proches des victimes, souvent négligés dans la phase immédiate, peuvent eux aussi expérimenter ces mêmes symptômes qui peuvent persister à long terme.

Selon le vécu personnel, le rôle sur site, la nature de la situation, des antécédents de dépression ou d'anxiété, certaines personnes sont plus vulnérables que d'autres.



Une victime clairement identifiée, mais en fonction de l'événement, du vécu des uns et des autres, de leur implication/responsabilité : potentiellement 3 « victimes » supplémentaires ?!

### UN MÊME ÉVÉNEMENT, PLUSIEURS MANIFESTATIONS :

En fonction du délai de survenue des symptômes et de leur durée, on définit plusieurs syndromes :

■ L'état de stress aigu dont les critères diagnostiques sont les suivants :

A. La victime a été exposée à un événement traumatisant au cours duquel deux des éléments suivants sont présents :

- La personne a vécu, été témoin ou a été confrontée avec un ou des événements impliquant, pour elle-même ou d'autres, un risque de mort, de lésion grave ou une menace vitale immédiats
- La réaction implique une peur intense, une sensation d'abandon ou d'horreur

B. Soit au cours de l'événement soit après, la victime présente trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants :

- Une sensation subjective d'engourdissement, de détachement, une absence d'émotion
- Une perte de conscience de l'environnement (état de stupeur)
- Une perte de contact avec la réalité
- Un trouble du comportement, de la personnalité
- Une amnésie dissociative impliquant l'incapacité de se remémorer certains aspects de l'événement

C. L'événement traumatisant est revécu de façon persistante d'au moins une des façons suivantes: images récurrentielles, pensées, rêves, illusions, flashbacks, sentiment de revivre le traumatisme ou détresse au contact d'éléments rappelant l'événement

D. Comportement d'évitement des stimuli rappelant le traumatisme (pensées, sensations, conversations, activités, lieux, personnes,...)

E. Anxiété marquée et/ou augmentant (difficultés à trouver le sommeil, irritabilité, difficultés de concentration ou au contraire « hypervigilance », réactions motrices exagérées)

F. Les perturbations entraînent détresse et perturbation sociale secondaires. Lesquelles au bout du compte participent à empêcher la victime à rechercher ou demander de l'aide

G. Les perturbations durent au minimum 2 jours et au maximum 4 semaines. Elles apparaissent dans le mois suivant l'événement.

En plus, peuvent s'associer un état dépressif et des somatisations. 11% de ces patients évoluent vers un post traumatique choc syndrome.

### Comment reconnaître un état de stress aigu ?

- Sidération
- Tremblements
- Mutisme
- Agitation, pleurs, cris
- Tachycardie

■ Le syndrome de stress post traumatique d'apparition plus tardive est caractérisé par des pensées intrusives, des rêves ou des flashback au sujet de l'événement, une détresse psychique ou une perturbation physique à l'évocation de l'événement, l'évitement de pensées, d'activités ou de personnes rappelant l'événement, une réduction des émotions et un détachement affectif et l'incapacité à se rappeler des aspects importants de l'événement. A cela peuvent se rajouter l'insomnie, l'irritabilité, la difficulté à se concentrer, une hypervigilance et une réaction d'alarme exagérée.

## EPIDEMIOLOGIE :

La prévalence du syndrome de choc post traumatique est de 7,8 à 12,3%. Elle est, évidemment, particulièrement élevée dans les populations de réfugiés, dans les pays en guerre et chez les adultes vivant en ville.

Il semblerait aussi que les personnes âgées et les enfants soient plus susceptibles d'en développer un. Négligé, l'évolution vers une pathologie psychiatrique s'observe chez 25% des patients à un an et chez 10% à long terme.

Les femmes ont quatre fois plus de « chances » que les hommes de souffrir d'un PTSD (en raison de la fréquence d'agression et de viols plus importante sur les femmes) mais face au même événement, elles développent un PTSD aussi fréquemment qu'un homme.



Plusieurs facteurs personnels influencent le développement d'un syndrome de stress post traumatique : niveau socio-économique faible, négligence parentale, antécédents psychiatriques (dépression, anxiété, abus de substances), réseau social pauvre, réaction initiale sévère à l'événement, expositions répétées à des événements traumatisants.

## PRISE EN CHARGE

La prise en charge de l'état de stress aigu et du syndrome de choc post traumatique est difficile en raison de l'hétérogénéité de la présentation clinique et de la résistance du patient à discuter de l'événement.

On ne doit pas négliger non plus, l'importance de la non reconnaissance du phénomène ainsi qu'une réticence évidente de la part des intervenants témoins, à s'impliquer dans la prise en charge, même initiale de telles manifestations « hors normes ».

Dans un premier temps, le **cooping** ou la faculté individuelle propre à chacun d'utiliser ses propres mécanismes de défense pour récupérer un bon état psychologique, opère naturellement chez tout un chacun avec plus ou moins d'efficacité.

Dans un deuxième temps et dans la pratique quotidienne pour les intervenants en préhospitalier, la possibilité de raconter de manière informelle l'épreuve sous forme d'un « **debriefing de couloir** » en compagnie de collègues voire d'amis a un effet apaisant.

## Le saviez-vous ?

Il existe dans le canton de Neuchâtel, une psychologue formée au debriefing et dépendant de la police cantonale (117) qui peut se rendre sur le site au moment de l'événement\*.



Le **defusing** est une technique de prise en charge des personnes qui viennent de vivre un traumatisme psychique dans les premières heures de celui-ci. Dans l'idéal (mais évidemment, compte tenu de la disponibilité de tels spécialistes, il est bien plus souvent assuré par un personnel médical et/ou paramédical « standard ») il devrait pouvoir être assuré par un professionnel formé à ce genre de situation. Sa première fonction est de ré-intégrer la patiente dans le monde réel et sa deuxième fonction est d'entamer le dialogue.

Concrètement, il peut s'agir d'offrir une boisson chaude, de d'asseoir la victime au calme ou de proposer un jouet à un

**enfant**. Cette intervention est brève, immédiate et consiste en un point de départ à une prise en charge plus formelle.

Le **debriefing** est une technique de prise en charge qui s'effectue 24 à 72h après l'événement stressant. Il est mené par un professionnel formé et doit pouvoir se dérouler dans un environnement neutre. Il consiste à ce que la victime exprime sa souffrance psychique et à la traiter afin d'éviter les répercussions psychologiques à long terme sur la vie familiale et relationnelle et l'activité professionnelle.

A plus long terme, quand cela est nécessaire, le suivi peut consister en une **psychothérapie cognitivo-comportementale**, voire à des séances d'hypnose chez un spécialiste. A cela peut s'ajouter un traitement d'antidépresseur ou d'anxiolytique. Il existe également des questionnaires spécialisés (stressful life events screening questionnaire, posttraumatic diagnostic scale) permettant de diagnostiquer et d'orienter la prise en charge secondaire.



Paradoxalement, les meilleurs résultats sont obtenus chez les victimes qui sont demandeuses de soins, à distance de l'événement. En effet, la remémoration immédiate forcée du traumatisme peut avoir une action de fixation sur l'événement traumatique alors que le résultat escompté est le contraire.

## Que faire sur site avec les victimes d'un état de stress aigu ?



- 1) **Reconnaître** les personnes en état de stress aigu
- 2) Etablir un premier contact avec elles (en évitant d'être trop insistant)
- 3) Calmer les angoissés et les agités éventuellement leur prescrire un anxiolytique à courte demi-vie.
- 4) Les adresser à une structure professionnelle compétente

## EN CONCLUSION

Sur site, les intervenants doivent reconnaître ces victimes en état de stress aigu, les amener un peu à l'écart et ouvrir le dialogue sans bombarder de questions. Il n'y a pas de règle stricte mais on recommande de laisser la victime s'exprimer spontanément. En cas d'agitation importante, un anxiolytique peut être bénéfique.

Dans la pratique, ces victimes secondaires doivent être adressées au centre des urgences où un médecin (qui se doit donc de connaître au moins les rudiments de ce problème...) les prendra en charge. En fonction de la sévérité de leur état, celui-ci les orientera plus ou moins rapidement vers un psychiatre.

\*Il ne s'agit pas d'une psychologue à disposition pour les debriefing tardifs des intervenants professionnels !