



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Communication

Conclusion de la journée

Conclusion of the session



Louis Crocq

32, rue du Lycée, 92330 Sceaux, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le 3 novembre 2015

Mots clés :
Accompagnement
Catastrophe
Débriefing
Stress post-traumatique
Traumatisme psychique
Victime

Keywords:
Debriefing
Disaster
Post-traumatic stress
Psychological trauma
Support
Victim

RÉSUMÉ

Onze communications sur des interventions médico-psychologiques lors de catastrophes naturelles ou de guerre ont illustré les divers volets de la psychiatrie de catastrophe : classification et critères des catastrophes, différentes catégories de victimes et d'impliqués, tableaux cliniques et comportements collectifs observés, traitement aux phases immédiate, post-immédiate et différée-chronique, prévention.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Eleven papers on medico-psychological interventions in natural or war disasters have illustrated the diverse parts of the disaster psychiatry: classification and criteria of disasters, different categories of victims and implicated persons, clinical features and collective behaviors observed, treatment in the immediate, post-immediate and delayed-chronic periods, and preventive measures.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Nous venons d'entendre onze communications sur la psychiatrie de catastrophe, son actualité et ses enjeux. Le Pr Marie-Dominique Colas, pour les introduire, a montré comment le tableau de Géricault, *Le radeau de la Méduse*, contenait toute la symbolique de la catastrophe : le malheur, l'horreur, le désespoir mais aussi le courage. Marie-Dominique Colas, en outre, a bien exposé comment, face à l'imprévisible, nous pouvions répondre par l'improvisation préparée et, face à la désorganisation des psychismes, par l'intervention du psychiatre et du psychologue : ramener le calme « après la tempête » et esquisser les lendemains. C'est l'objet de la psychiatrie de catastrophe, dans toute sa spécificité, avec sa pratique en situation d'exception dans un contexte de malheur collectif, ses tableaux cliniques originaux, ses méthodes thérapeutiques dans l'immédiat comme à moyen et long terme, et ses enjeux pour l'avenir.

En France, le sujet n'est pas nouveau, mais il n'avait pas été inventorié depuis longtemps. En effet, en 1986, un chapitre de l'ouvrage *Médecine de catastrophe* de René Noto, Pierre Huguenard et Alain Larcen [6] est dédié à « La psychologie des catastrophes et les atteintes psychiques », par Louis Crocq. En 1990, un chapitre du *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*, de Pierre Deniker, Thérèse Lempérière et Jean Guyotat, rédigé par Louis Crocq, est intitulé « Réactions psychiques dans les catastrophes » [7]. Enfin, en 1998, l'*Encyclopédie Médico-Chirurgicale* lance le titre « Psychiatrie de catastrophe » (co-auteurs Louis Crocq, Carle Doutheau, Patrice Louville et Didier Cremniter), avec comme sous-titres : « Réactions immédiates et différées, troubles séquellaires. Paniques et psychopathologie collective » [11].

2. Classification et critères des catastrophes. Différentes catégories de victimes et d'impliqués

Sur les onze communications qui ont suivi, deux concernaient des catastrophes naturelles (séisme en Haïti et catastrophe sanitaire en Guinée), deux des catastrophes accidentelles (crash

Adresse e-mail : lcrocq@sfr.fr

en mer du vol Rio-Paris et catastrophe aérienne au Mali), et sept avaient trait à la guerre ou aux attentats (psychiatrie militaire, guerre en Afghanistan, crise syrienne et situations d'attentat). Mais, si on se place d'un autre point de vue : deux concernaient des retours d'expérience, sept se consacraient au traitement des victimes, une au soutien des familles et une au soutien des soignants. On peut donc classer les catastrophes selon leur nature :

- catastrophes naturelles ;
- catastrophes technologiques ou accidentelles ;
- catastrophes de guerre ;
- catastrophes de société, par exemple, panique de foule dans un stade.

Mais d'autres références de classification sont tout aussi pertinentes : prévisibilité, durée, nombre de victimes, étendue des destructions, risque de récurrence, etc. Pour bien faire, toute catastrophe devrait être caractérisée, par référence à chacun de ses multiples paramètres, par un numéro complexe, comparable à notre numéro de sécurité sociale.

Cette classification décline les cinq critères qui définissent toute catastrophe :

- survenue d'un événement funeste, apportant du malheur ;
- qui cause des victimes (morts, blessés, choqués, sinistrés) ;
- qui provoque des destructions de biens matériels ;
- qui déborde (ou met en tension) les moyens de secours locaux ;
- qui altère ou sidère les réseaux fonctionnels de la vie des hommes : production d'énergie, production-distribution-consommation d'eau et de nourriture, abriement, circulation des personnes et des biens, communication, soins médicaux, maintien de l'ordre et même gestion des cadavres.

Les communications présentées par nos collègues se sont implicitement référées à l'inventaire des catégories de victimes et d'impliqués (victimes directes, victimes indirectes et impliquées), encore que la notion d'impliqué soit imprécise, pouvant désigner aussi bien les familles et les témoins que les auteurs d'un attentat. Nous préférons nous référer aux cinq niveaux identifiés de Raquel Cohen [5] :

- victimes primaires (morts, blessés physiques, blessés psychiques, rescapés... présents sur le site) ;
- victimes secondaires (parents et endeuillés hors-site) ;
- victimes de 3^e niveau (sauveteurs et soignants intervenants et témoins de scènes traumatisantes) ;
- victimes de 4^e niveau (décideurs et médias, qui ont assisté à des scènes éprouvantes et ont ressenti une souffrance émotionnelle) ;
- victimes de 5^e niveau (le public, n'était pas présent mais a souffert par empathie en voyant les reportages des médias).

Chaque membre de ces catégories (victime, témoin, sauveteur, décideur, population avoisinante et même le public) est atteint à la fois dans son *moi individuel* (en ce que son destin personnel est affecté) et dans son *moi communautaire*, ou sentiment obscur d'appartenir à une communauté, la communauté de sa ville, de son pays, voire des hommes en général. Le vécu d'une victime, d'un sauveteur ou d'un décideur est différent, selon qu'il s'agit d'une agression individuelle ou d'un malheur qui frappe toute une communauté. Il s'agit, comme l'ont dit Virginie Vautier et Gilles Thomas « ... de situations potentiellement traumatisantes qui désorganisent autant les soignants que les patients et leur entourage ».

3. Tableaux cliniques constatés

Quels sont les tableaux cliniques observés à l'occasion des catastrophes, lors de la phase immédiate (moins de 24 heures), pendant la période post-immédiate (du deuxième au trentième jour), et dans la période différée-chronique (au-delà d'un mois) ?

- A. Dans la *phase immédiate*, sur le terrain, on peut observer la réaction de stress normale. Le stress peut être défini, d'après Hans Selye en 1950 [20], comme « la réaction biologique, physiologique et psychologique immédiate, d'alarme et de défense, de l'individu, face à une agression ou une menace ». Elle est réflexe, indépendante de la volonté quoique consciente. C'est une réaction utile, adaptative, qui focalise l'attention, mobilise les capacités psychiques et incite à l'action efficace ; mais elle est épuisante et grevée de symptômes neurovégétatifs gênants, qui peuvent persister plusieurs heures. On peut observer aussi des réactions de stress dépassé ; dans les quatre modalités possibles, de l'inhibition stuporeuse, de l'agitation désordonnée, de la fuite panique éperdue et du comportement d'automate. Ces réactions de stress dépassé sont traumatiques et caractérisées par un vécu de dissociation per-traumatique (arrêt de la pensée, trou noir, désorientation, déréalisation, dépersonnalisation, détresse) ; le qualificatif de « per-traumatique » étant préférable à celui de « péri-traumatique » proposé par Charles Marmar [17], puisque nous sommes en plein dans le trauma et non pas autour. Leur sémiologie correspond au diagnostic répertorié dans la CIM-10 sous le numéro F43.0, « réaction aiguë à un facteur de stress » [18]. À noter que la nosographie américaine du DSM ne propose aucun diagnostic pour cette pathologie immédiate du premier jour [1]. Nathalie Prieto a bien souligné les caractéristiques de l'instant traumatique : effondrement du mythe d'invulnérabilité (« on se rend compte qu'on n'est rien »), et sentiment d'être saisi par l'arbitraire, sur lequel nous n'avons aucune prise.
- B. Dans la *période post-immédiate*, on peut constater deux éventualités : soit le retour à la normale, avec extinction progressive des symptômes et parfois courtes décharges émotionnelles différées, sans suite ; soit l'évolution vers la névrose traumatique, avec persistance de symptômes de déréalisation et apparition de reviviscences intrusives de l'événement et de symptômes d'évitement. Cette évolution se déroule dans un état de perplexité et de fixation au souvenir brut de l'événement. Charcot la dénommait période d'incubation, de contemplation, de méditation ou de rumination. La nosographie du DSM-5 identifie cette période sous le nom d'« état de stress aigu » [2]. Le professeur Didier Crenniter nous a rappelé que cette phase de latence n'est pas muette et que le clinicien peut constater de la perplexité et des premières conduites d'évitement chez le patient en train de déclencher son état de stress post-traumatique.
- C. Dans la *période différée-chronique*, à plus de trente jours de l'événement, on voit se développer ce que la nosographie européenne dénommait « névrose traumatique ». Le tableau clinique comporte trois versants : *primo*, des reviviscences involontaires et itératives de l'événement (images, souvenirs forcés, cauchemars, etc.) constituant le classique syndrome de répétition ; *secundo*, un ensemble de symptômes dits « non spécifiques » (car on les voit aussi dans d'autres affections mentales), tels qu'asthénie, anxiété, phobies, somatisations et troubles des conduites ; et *tertio*, une altération de la personnalité, manifestée par l'état d'alerte, les sursauts, la démotivation, l'irritabilité et le repli sur soi ; c'est ce qu'est devenue la personnalité après impact du trauma, avec une nouvelle manière de percevoir le monde, de le penser, d'y aimer, d'y vouloir et de s'y comporter [9]. Ernst Simmel [22] parlait de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/313662>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/313662>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)