



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire

Les équipes mobiles d'urgence et de réanimation face aux interventions potentiellement traumatiques

The mobile emergency medical staff and the traumatic experience

Alexandra Laurent

Laboratoire de psychologie, université de Besançon, 30-32, rue Mégevand, 25000 Besançon, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 22 juin 2011

Accepté le 8 mars 2012

Disponible sur Internet le 23 octobre 2012

Mots clés :

État de stress post-traumatique
 Intervention traumatique
 Réaménagement défensif
 Service mobile d'urgences et de réanimation (SMUR)
 Traumatisme psychique

Keywords:

Emergency mobile Units
 Posttraumatic stress disorders
 Psychological adjustment
 Traumatic experiences

R É S U M É

Les médecins, infirmiers et ambulanciers des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) sont confrontés à de nombreuses interventions à caractère traumatique (morts violentes, blessés graves, catastrophes...). Cette étude vise à identifier les interventions potentiellement traumatiques des intervenants et à nous interroger sur le vécu et les répercussions psychotraumatiques de ces interventions. L'étude porte sur 69 intervenants SMUR, tous les sujets ont répondu à un entretien clinique semi-structuré et à un questionnaire mesurant les troubles psychotraumatiques (*Posttraumatic stress disorder* de Watson et al.). Sur l'ensemble de notre population, nous observons que 77 % des intervenants SMUR ont vécu une intervention à caractère traumatique. À long terme, l'intervention traumatique reste fixée en mémoire ; cependant, les répercussions psychopathologiques sont relativement faibles. L'événement traumatique n'est pas à appréhender dans une dimension psychopathologique, mais davantage dans le sens d'un rituel de passage permettant un réaménagement de l'identité professionnelle afin de faire mieux face aux interventions suivantes.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

The doctors, nurses and ambulance drivers of the mobile emergency medical service ("SMUR" in French) are confronted with the death of their patients in their daily occupation (Laborie et al., 2002). In this context, the patients' death is often unforeseeable and brutal; the deaths result from forms of violence, accidents, suicides and aggressions. Thus, two dimensions emerge from the urgency department; on the one hand the unpredictability of the operations and on the other hand the confrontation with death. These two dimensions refer to the two principal psychopathological aspects concerned in the psychic traumatism: the brutality of the event and the meeting with death.

Objective. – The goal of our study is to describe potentially traumatic intervention by the SMUR staff and to find out about their personal experiences and also to measure the psychotraumatic repercussions. All along this research, we will rely on a qualitative and quantitative methodology, in order to confront the subjective richness of the clinical interviews with the data resulting from the questionnaire.

Methodology. – The study is based on 69 members of the mobile emergency medical service: doctors, nurses and ambulance drivers. Everybody has answered a semi-structured clinical interview and a questionnaire measuring the psychotraumatic disorder: posttraumatic stress disorder interview of Watson et al. (1996). From the clinical interview, we carried out a thematic analysis in order to identify the various topics emerging from each person's personal experience. We observe that the most exceptional interventions, such as catastrophes for example, are not more upsetting for the members of the SMUR. In a way, these interventions are regarded as a springboard for any professional career, a feeling of valorization is associated with it. On the contrary, it is more during their "daily" interventions that professionals express their traumatic experience. In this case, the professional is suddenly confronted with the horror, and the lack of preparation makes him more vulnerable to the "traumatic break down".

Adresse e-mail : alexandra.laurent@univ-fcomte.fr

Conclusions. – The traumatic event is not to be understood in a psychopathological dimension, but more like an “initiativ ritual” allowing reorganization of the professional identity to cope with the following interventions. Thus, we witness the appearance of new faculties: the members of SMUR change their values, they get new competences: from now on, they can apprehend their work in a new way. Thus, the professionals seem to escape from the “traumatic curse”. However, time only reveals the true nature of the event, which has been experienced, since trauma is also what we do with it afterwards.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Les médecins, infirmiers et ambulanciers des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) sont confrontés quotidiennement à des situations imprévisibles et brutales [22] résultantes de violences, d'accidents, de suicides et d'agressions. Les interventions SMUR s'exercent souvent dans un climat d'horreur où le spectacle de cadavres mutilés ou défigurés, la mort d'un enfant, ou la souffrance et la détresse des patients, participent au vécu dramatique des situations [23,25].

Cette réalité professionnelle nous renvoie aux deux principaux aspects psychopathologiques en jeu dans le traumatisme psychique, d'une part, la brutalité de l'événement, et, d'autre part, la rencontre avec la mort [5].

En effet, le traumatisme est décrit comme un phénomène bref et soudain. Sans avoir eu le temps de se prémunir du danger, l'homme est soudainement saisi par l'irruption de la violence, il est alors fasciné, sidéré. Freud [18] parle dans ce cas d'effroi. Pour comprendre le phénomène traumatique, Lebigot [26,28] a recours à la métaphore freudienne de l'appareil psychique : lorsqu'il y a un trauma, l'image réelle de la mort va faire effraction dans le psychisme et s'y incruste, telle quelle, ne trouvant dans l'inconscient aucune représentation pour l'accueillir, la lier, la transformer afin qu'elle puisse prendre sens. Le psychisme se trouve alors envahi par un afflux d'excitations violentes et agressives qui débordent sa capacité de défense, bouleversant ainsi fondamentalement son fonctionnement [8,11]. La perte d'illusion d'immortalité va être le corollaire de l'incrustation dans l'appareil psychique de l'image du réel de la mort. Cliniquement, on l'observe par les réactions de sursaut, les angoisses, les craintes du sommeil et certaines phobies [27]. La perte d'illusion d'immortalité va créer une véritable rupture dans l'histoire de vie du sujet [4]. Elle brise la relative unité de l'individu, bouleverse les convictions narcissiques d'invulnérabilité, d'un environnement protecteur et d'un autrui secourable, et laisse le sujet dans le chaos [3].

Les conséquences psychopathologiques d'un traumatisme psychique sont réunies sous le nom de syndrome psychotraumatique. Dans la littérature figure également le terme d'état de stress post-traumatique (ESPT), ou *posttraumatic stress disorder* (PTSD), mais pour rejoindre l'approche psychodynamique du traumatisme psychique [3,4,9,28], nous pensons que ce terme crée une confusion entre la notion de stress et de trauma. En effet, lorsque l'on parle de stress post-traumatique, on laisse entendre que le stress est postérieur au trauma et que la symptomatologie est consécutive à la réactivation du stress. Cependant, il existe une distinction radicale entre stress et trauma [8,28]. Le stress est une réaction physiologique, neurologique et hormonale déclenchée à partir du moment où l'individu est exposé à un événement potentiellement traumatique, il est éphémère et sans séquelle psychologique [9]. Quant au trauma, c'est une réaction psychologique provoquant des manifestations cliniques caractéristiques du syndrome psychotraumatique.

Le syndrome psychotraumatique est un état psychique chronique organisé et durable, il n'éclôt qu'au terme d'un temps de latence, variable selon les individus. Il se caractérise par un syndrome pathognomonique de répétition, le trauma est revécu de manière constante sous forme de cauchemars, de souvenirs

répétitifs ou de reviviscences visuelles hallucinatoires, d'état d'alerte et de sursauts au bruit. Le syndrome de répétition participe à la compréhension du phénomène traumatique : l'image réelle de la mort, n'ayant aucune représentation pour l'accueillir dans l'appareil psychique, ne se comporte pas comme un souvenir, mais elle reste intacte, au détail près. Lorsqu'elle surgit à la conscience (cauchemars, reviviscences), c'est au temps présent, comme si l'événement était en train de se produire, donnant lieu à une détresse significative.

On décrit également d'autres symptômes dits « non spécifiques », car on peut les observer dans d'autres pathologies mentales. Ainsi, des manifestations névrotiques peuvent venir se greffer sur le syndrome de répétition, soit dans un registre hystérique allant jusqu'à la survenue de conversions somatiques, ou encore dans un registre obsessionnel lorsque l'idéation contraint le sujet à de multiples rituels conjuratoires et vérificatoires. Des manifestations phobiques accompagnent très fréquemment la pathologie psychotraumatique, il s'agit par exemple d'éviter tous les chemins qui se rapprochent du lieu de l'événement ou qui rappellent sa survenue. Parmi les symptômes non spécifiques, on observe également une anxiété permanente et des manifestations d'asthénie physique, psychique et sexuelle. Les manifestations psychosomatiques ont également une grande fréquence ainsi que des troubles de la conduite, en particulier l'installation de l'alcoolisme ou de la toxicomanie [6].

Le syndrome psychotraumatique se manifeste aussi par une réorganisation de la personnalité. En effet, la perte d'illusion d'immortalité va avoir pour conséquence un effondrement progressif des supports qui habituellement permettent au sujet d'éprouver une sérénité face à ce qui l'entoure. L'environnement devient alors menaçant, dépourvu de sécurité, source d'une inquiétude nouvelle où tout peut arriver. Ainsi, le sujet traumatisé n'est plus comme avant : il a désormais une nouvelle manière de percevoir le monde. Les intervenants ressentent une démotivation et une perte de l'intérêt pour le monde extérieur, ils ont l'impression de n'être ni compris ni soutenus, ils sont irritables et marquent une propension au retrait solitaire et amer [7,8]. L'efficacité sur le terrain est diminuée, les professionnels doutent de leurs capacités et leur rôle de « sauveur » est remis en question [7,29].

De Soir [13] décrit également des conséquences plus pernicieuses du syndrome psychotraumatique comme l'absentéisme, le présentéisme, la perte de rendement, ce qu'il nomme des « indicateurs de détresse sociale ». Ces derniers ne sont pas toujours immédiatement visibles et le personnel « souffre pendant de longues périodes avant de capituler, de “craquer”, car épuisé psychiquement et/ou physiquement ».

Des études mettent en évidence la présence de troubles psychotraumatiques chez les intervenants en médecine d'urgence. Jehel [20] en France indique que 11 % des personnels service d'aide médicale urgente (SAMU) manifestent des troubles psychotraumatiques. De Clercq et al. [12] constatent que 13,3 % des personnels SMUR présentent un ESPT complet trois ans après la prise en charge des victimes d'un attentat dans un auditoire d'étudiants de l'université de Louvain. Aussi, l'étude de Epstein [16] montre que 18 mois après la catastrophe du Ramstein en Allemagne, 7,3 % des personnels médicaux présents manifestent un ESPT.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/313792>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/313792>

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