



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

INVISIBLE

QUAND LE TRAUMA EST PRÉSENT...



TRAVAIL DE FIN D'ETUDE
Soutenance – 23 Mai 2014

HUTEREAU Romain
Étudiant Infirmier
Promotion 2011-2014

Note aux lecteurs :

« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur ».

SOMMAIRE

Liste des acronymes

Introduction	Page 1
Cadre conceptuel	Page 2
Les traumatismes psychiques	Page 2
La victime	Page 3
La mémoire	Page 5
L'état de stress post-traumatique	Page 6
La collaboration	Page 8
Méthodologie	Page 10
Déroulement de l'entretien.....	Page 10
Limites et difficultés	Page 11
Analyse interprétative	Page 12
La victime et sa prise en charge	Page 12
Le traumatisme	Page 13
La collaboration	Page 13
L'impact	Page 14
L'état de stress post-traumatique	Page 15
La discussion	Page 16
Conclusion	Page 23
Références Bibliographiques	

LISTE DES ACRONYMES

CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

DCSSA : Direction Centrale du Service de Santé des Armées

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

ESPT : État de Stress Post-Traumatique

OPEX : Opération Extérieure

RAMA : Régiment d'Artillerie de Marine

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

TFE : Travail de Fin d'Étude

INTRODUCTION

Nous voici en 2014, année finale de ma formation en soins infirmiers, après trois années riches en émotions mais aussi en nouvelles acquisitions, je suis aujourd'hui à l'aboutissement de cette évolution de carrière. Les trois années de formation m'ont permis d'acquérir de nouvelles connaissances, de développer mes compétences et de me positionner en tant que professionnel infirmier. Les stages ont été l'occasion pour moi de pouvoir confronter les apports théoriques avec la réalité du terrain.

Lors de mon stage en lieu de vie au sein d'une antenne médicale des armées, dont j'avais émis le souhait de réaliser un stage dans ce milieu, j'ai pu me confronter à une population différente de celle que j'ai connue au sein du secteur hospitalier. J'ai réalisé ce stage lors du premier retour des troupes du Mali, suite à l'intervention française. Ainsi durant ce stage, j'ai eu l'occasion d'accompagner les militaires à leur retour à la maison¹ et notamment dans la mise en place du dépistage précoce de l'état de stress post-traumatique.

C'est au cours de ce stage que le choix de mon sujet de travail de fin d'étude s'est construit. En effet, j'ai pu constater, au cours de mon stage, que les infirmiers n'étaient pas impliqués dans le protocole de dépistage du stress post-traumatique. Lors de ma participation aux entretiens médicaux², j'ai regretté que les infirmiers ne soient pas plus impliqués, car nos relations avec les militaires et les entretiens non formels que nous pouvions avoir avec eux permettaient de recueillir plus d'informations que lors des entretiens avec le médecin.

Ainsi, après avoir posé mon questionnement et l'avoir exploré théoriquement, j'en suis arrivé à la question de départ suivante :

En quoi la collaboration infirmier-médecin peut-elle impacter dans la prise en charge d'une victime, en vue d'un dépistage précoce de l'état de stress post-traumatique, en service d'accueil des urgences ?

¹ Expression utilisée dans le vocabulaire militaire pour nommer le retour des troupes sur leur base d'appartenance.
² Cf. : Annexe I – De l'observation au questionnement / Annexe II – Questionnaire de dépistage précoce du stress post-traumatique

CADRE CONCEPTUEL

L'analyse de mes situations d'appels et le choix de ma question de départ m'ont permis d'orienter mon éclairage théorique. Ce travail m'a ainsi permis de développer le cadre conceptuel que je vous présente ci-dessous.

Les Traumatismes Psychiques

Utiliser dans le monde médical et psychologique, le terme « trauma », est un mot d'origine grecque signifiant blessure ou atteinte du corps. Utilisé dans un premier temps par l'univers médical, le mot « trauma » définissait une lésion provoquée par un agent extérieur au corps et qui agissait de façon mécanique.

Plus tard, nous retrouverons le terme « traumatisme », qui lui sera utilisé en psychologie, afin de définir les blessures psychiques : Les chocs émotionnels violents dus à une situation si critique, exceptionnelle et urgente, que la personne atteinte se trouve dans une incapacité à maîtriser ou à décharger ce traumatisme. Ainsi, la personne atteinte d'un traumatisme se retrouve démunie, incapable (tant psychiquement que physiquement) de maîtriser l'événement.

Cette impossibilité de garder le contrôle face à cet événement peut être physique (prostration, par exemple). Elle peut se traduire par une absence d'organisation de son système de défense ou par un vide au niveau du sens de l'événement dans son existence.

Mais au quotidien, le terme traumatisme est utilisé autant pour le médical que pour le psychologique et ainsi, par définition, le traumatisme, qu'il soit physique ou psychique, est avant tout le résultat d'un acte violent. Cet acte peut être physique, le plus représentatif étant la chute entraînant la fracture d'un membre. Mais il peut être également psychique et n'est pas forcément dirigé directement vers la personne qui en est victime.

Pour définir les traumatismes psychique (ou psychotraumatismes), nous retrouvons dans la littérature deux définitions :

La première est celle de Louis CROCQ³. Il définit le traumatisme psychique comme étant un « *phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur.*⁴ »

La seconde définition est celle du manuel de diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM⁵) qui lui définit les psychotraumatismes comme étant des « *troubles présentés par une personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, et ayant développé des troubles psychiques lié à ce(s) traumatisme(s).* »

Le traumatisme psychique peut-être de trois origines différentes, comme le souligne Louis CROCQ : L'individu exposé à un événement peut être aussi bien affecté par ce traumatisme qu'il soit victime, acteur ou témoin. Ainsi pour un même événement, plusieurs personnes ayant un rôle différent peuvent être victime d'un psychotraumatisme et la définition du manuel de diagnostique et statistique des troubles mentaux, confirme celle de Louis CROCQ.

La Victime

Pour définir une victime, il serait possible de s'arrêter sur la définition que nous donne le dictionnaire « Larousse », qui dit tout simplement qu'une victime est une « *1- personne tuée ou blessée ; personne qui à périé dans une guerre, une catastrophe, un accident, etc. 2- Personne ou groupe qui souffre de l'hostilité de quelqu'un, de ses propres agissements, des événements*⁶ ». Cependant, d'autres lectures et recherches, permettent d'approfondir la définition que nous donne le Larousse et permettent ainsi de connaître l'origine du mot et le sens que l'on souhaite réellement lui donner.

³ Louis CROCQ : Médecin psychiatre des armées spécialisé dans les névroses de guerre.

⁴ Source : <http://memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/generalites.html>

⁵ DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders est connu en France sous le nom de manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. C'est un ouvrage rassemblant les troubles mentaux et offrant une classification des critères de diagnostics.

⁶ Le Petit Larousse Illustré – Edition 2009

Étymologiquement parlant, le terme « victime » vient du latin « *victima* » qui signifie « bête offerte en sacrifice aux dieux », puis « ce qui est sacrifié », au sens propre et figuré. « Victime » désigne ainsi à son origine une créature vivante que l'on offre en sacrifice et, par extension, toute personne qui souffre des agissements d'autrui. A partir du XVIIIe siècle, « victime » sera utilisé pour définir une personne tuée ou blessée à la suite d'une catastrophe, d'un accident ou d'une violence quelconque. Ce sens est dominant de nos jours, mais la valeur ancienne reste active lorsque le terme s'applique à une décision humaine volontaire.

De nos jours, le terme « victime », est, sans jeu de mot, victime d'un abus de langage, puisque ce dernier, à l'époque contemporaine, est utilisé pour définir toute personne subissant un préjudice ou un dommage.

La définition la plus élaborée à ce jour, reste celle établie par les Nations Unies dans le cadre de la résolution 40/34 du 11 Décembre 1985. Cette résolution qualifie les victimes de « *personnes qui individuellement ou collectivement, ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle, ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux, [...]* »

Dans la majorité des définitions, dont celle des nations unies, le terme « victime » est rattaché au domaine judiciaire et fait état qu'une victime est lésée par un acte enfreignant la loi. Mais l'abus de langage, élargit le champ d'utilisation du terme « victime » et lui donne un autre sens, lorsque l'on souhaite qualifier une personne ayant subi un préjudice physique ou moral ne rentrant pas dans le cadre législatif. Comme exemple, nous pouvons retrouver la personne victime d'un accident de la voie publique, la personne victime d'un état de stress post-traumatique,... Mais nous pouvons aussi retrouver l'usage de ce terme quand une personne est victime d'elle-même. L'exemple le plus concret est la personne victime de son succès et dans ce cadre, l'individu n'est pas victime d'un préjudice physique ou morale, bien que, tout pourrait être relatif.

La Mémoire

Qu'est ce que la mémoire ? La mémoire est la capacité qu'on a de stocker et de récupérer l'information. En psychologie cognitive, la mémoire est un processus d'encodage, de stockage et de récupération des représentations mentales.

La mémoire, est composée de trois étapes dans le cadre de l'enregistrement et de l'utilisation des données :

- **L'encodage:** Acquisition et consolidation
- **Le stockage:** création et enregistrement
- **La récupération:** utilisation des informations stockées

Bien que la mémoire soit définie comme une seule entité, cette dernière se compose de quatre types de mémoire différentes. Chacune de ces mémoires a un rôle bien défini.

- **La mémoire sensorielle** est en charge de mémoriser toutes les informations que nous fournissent nos sens. Elle est composée de deux sous-systèmes, la mémoire iconique (qui correspond à la perception visuelle) et la mémoire échoïque (qui correspond à la perception sonore).
- **La mémoire à court terme**, communément appelée mémoire immédiate. L'information retenue par cette mémoire est temporaire, puisque l'objectif de cette dernière est de pouvoir restituer l'information dans les secondes qui suivent.
- **La mémoire de travail** : C'est un concept qui a été développé par Baddeley⁷ et Hitch⁸ (1974). Il s'agit d'une alternative au concept de «mémoire à court terme» d'Atkinson⁹ et Shiffrin¹⁰ (1968). Le système de capacité est limité. Il est responsable du maintien temporaire et de la manipulation de l'information durant la

⁷ Alan BADDELEY – Diplômé en psychologie appliquée de l'université de Cambridge.

⁸ Graham HITCH - Professeur de psychologie à l' Université de York, il est connu pour son travail avec Alan Baddeley dans l'élaboration d'un modèle de mémoire de travail.

⁹ Richard Chatham ATKINSON - Professeur américain de psychologie et administrateur universitaire. Il est l'ancien président et régent de l'Université de Californie.

¹⁰ Richard SHIFFRIN - Professeur de sciences cognitives pour le Ministère de la Psychologie et des Sciences du Cerveau à l'Université d'Indiana.

réalisation de tâches cognitives variées.

La mémoire de travail a pour rôle d'intervenir dans des activités cognitives plutôt complexes comme la compréhension du langage, la lecture, la production écrite ou encore le calcul. Concrètement, la mémoire du travail est active par exemple quand nous suivons une conversation sans en perdre le fil.

- **La mémoire à long terme** évoque dans le langage courant, la mémoire dans le sens large du terme. Cette mémoire est l'encyclopédie de notre vie, puisque notre capacité de stockage est illimitée et l'enregistrement de l'information est permanent mais pas définitif puisque chaque information que nous mémorisons peut être modifiée ou rendue indisponible temporairement.

La mémoire à long terme est activée lorsque qu'une information de la mémoire de travail est amenée à se répéter régulièrement.

Nous possédons deux types de mémoire à long terme, il y a la mémoire déclarative, qui mémorise des informations explicites comme les souvenirs ou des événements de la vie (mémoire épisodique) ou encore des connaissances encyclopédiques (mémoire sémantique). Le second type est la mémoire procédurale qui est en charge de mémoriser les habiletés motrices, les gestes habituels, ...

L'état de Stress Post-Traumatique

Avant de définir réellement l'état de stress post-traumatique, il est, je pense, intéressant de procéder à une analyse de chacun des mots qui compose ce concept.

Le **stress** est un état d'alerte par lequel, un individu essaie de se mettre dans les meilleures conditions physiques et psychologiques pour faire face à une agression ou un événement désagréable.

Lorsque qu'un événement douloureux survient dans notre vie, la douleur est exprimée par une décharge affective qui se traduit par la colère ou des larmes qui sont une réponse adéquate lors de la survenue de cet événement. Lorsqu'il n'y a pas cette réponse, nous pouvons parler d'un **traumatisme**.

Le terme « **post** », est un préfixe signifiant « après ».

Ainsi, si nous définissons l'État de Stress Post-Traumatique à partir de cette analyse, nous comprenons que ce dernier est un état d'alerte se mettant en place après un événement douloureux dans sa vie.

A partir du jour de la survenue de cet événement (traumatisme), la personne entre dans une période de latence. Le temps séparant l'événement traumatique de l'apparition du syndrome varie de quelques jours à un an. On parle alors de névrose traumatique. Cette névrose se caractérise par l'apparition de signes répétitifs qui se manifestent sous la forme de cauchemars, de crises émotives ou de réactions de sursaut. Il est possible de voir apparaître dans certains cas des symptômes rencontrés dans d'autres névroses, comme des angoisses ou des phobies.

La névrose traumatique est un terme de moins en moins utilisé pour définir le stress post-traumatique. Aujourd'hui plusieurs dénominations lui sont attribuées, mais les plus courantes restent : état de stress post-traumatique (ESPT), syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ou tout simplement stress post-traumatique (SPT).

L'état de stress post-traumatique est une réponse à un événement traumatique dans lequel la personne est directement impliquée, se voit menacée de mort ou de blessures graves ou est touchée dans son intégrité physique ou sur autrui.

Cette réponse, ne sera pas immédiate, puisque lors de cet événement, le sujet n'aura pas exprimé de décharge affective comme de la colère ou des larmes, mais elle sera différée de quelques jours à un an. Lors de la mise en place de cet état, la personne revivra la situation avec des souvenirs envahissants, des cauchemars répétitifs. Les retours sont généralement brutaux avec une intense charge émotionnelle. Associés à ces premiers signes, la personne se trouvera généralement dans un état d'hyper vigilance avec un évitement des stimuli associés au traumatisme.

Les états de stress post-traumatique, sont généralement des réponses à des traumatismes très importants. Pour la population civile, ces événements sont généralement des catastrophes aériennes, ferroviaires, des catastrophes naturelles, des

prises d'otages, des attentats, des accidents de la voie publique importants ou encore des guerres.

En quelque sorte, c'est une pathologie de la mémoire, puisque le cerveau est submergé par des stimuli de l'agression qu'il va reproduire à l'identique. Le syndrome de répétition est un symptôme présent dans une grande majorité des états de stress post-traumatique. La personne sera victime de souvenirs répétés et envahissants de l'événement traumatisant. Ces souvenirs peuvent prendre différentes formes. Il peut s'agir d'une image, d'une pensée, d'une sensation, de cauchemars répétés ou de flashbacks (impression brutales que l'événement va se reproduire).

L'apparition de ces phénomènes est spontanée ou facilitée lorsque la personne se retrouve dans des circonstances qui peuvent lui rappeler cet événement. Par exemple, le claquement d'une porte lui rappellera une explosion.

Mais les cauchemars restent un symptôme prédominant dans l'état de stress post-traumatique.

La Collaboration

La définition que nous propose le dictionnaire Larousse¹¹, est que la collaboration est « *L'action de collaborer avec quelqu'un ou quelque chose* ». « Collaborer » désigne le fait de « *Travailler avec d'autres à une œuvre commune* » toujours selon le dictionnaire Larousse.

Si nous pouvons retenir une idée dans ces définitions, c'est l'idée d'« *œuvre commune* ». Dans l'exercice de notre profession au quotidien, que ce soit pour le médecin, comme pour l'infirmier, cette œuvre commune est le patient, celui à qui nous délivrons des soins.

Mais si nous nous concentrons sur ce terme de collaboration, nous pourrions en faire ressortir aussi la notion de travail d'équipe. En effet, la collaboration est avant tout un travail, à deux personnes ou plus et se met donc en place au sein d'une équipe.

¹¹ Le Petit Larousse Illustré 2009

Dans son livre, Olivier DEVILLARD, définit l'équipe comme « *une entité vivante. Tel un corps humain, c'est un organisme. Elle est composée de membres, de fonctions équivalentes à celles d'un système nerveux (échange d'information et réactions) et d'un cerveau. Comme pour les organes, chacun a son rôle permettant d'œuvrer à la production commune.* »¹².

Ainsi, si nous transposons cette métaphore au sein d'une équipe pluridisciplinaire hospitalière, nous pouvons dire que le cerveau est le médecin, que les organes sont les infirmiers, les aides-soignants, les différents intervenants paramédicaux et que l'œuvre commune est le patient, puisque la production sera la prise en charge de ce dernier dans sa globalité. Mais pour que cette collaboration soit parfaite, il faut bien entendu que les membres de cette équipe (les organes) adhèrent ensemble à cette œuvre commune.

Le concept de collaboration dans les soins est lié à celui d'équipe, car sans un réel travail d'équipe, il ne peut y avoir de réelle collaboration et il faut que tous les membres acceptent de vouloir travailler ensemble comme je l'ai stipulé précédemment. Roger MUCCHIELLI¹³ ajoute que selon R. LAFON "*l'équipe [...] est une coopération entre un nombre limité de professionnels différents (dans un même champ d'action) se considérant collectivement responsable d'une réalisation*"¹⁴.

¹² DEVILLARD Olivier - *La Dynamique des Équipes* – Chapitre 1 « Ce qui fait Équipe » - Page 3

¹³ Roger MUCCHIELLI - *Psycho-Sociologue et Psychopédagogue (1919-1981)*

¹⁴ Roger MUCCHIELLI – *Le Travail en équipe, Clés pour une meilleure efficacité collective* – Edition ESF 2009, pages 11 à 14

METHODOLOGIE

Après avoir effectué les recherches théoriques, je me suis attaché à recueillir des informations auprès des acteurs en lien avec ma problématique, enfin du moins d'un acteur, celui du cœur de notre formation, l'infirmier. J'ai ainsi pris la décision de réaliser un entretien qualitatif auprès d'un professionnel exerçant au sein d'un service d'accueil des urgences.

Afin de pouvoir aborder cet entretien avec facilité, j'ai choisi d'élaborer un guide d'entretien. Cette façon de procéder m'a permis de réaliser un entretien adapté. Le guide d'entretien m'a donné la possibilité de donner un cadre à celui-ci. Ainsi, j'ai ciblé des thèmes pour la réalisation de mon entretien, la victime, la collaboration et le dépistage précoce. Le guide d'entretien était composé exclusivement de questions ouvertes. Il se trouve en annexe de ce travail de fin d'étude¹⁵.

Après avoir demandé l'autorisation à la direction des soins de l'établissement pour que je réalise mon entretien au sein de leur unité, le professionnel sollicité fut un infirmier des urgences.

Déroulement de l'entretien :

Celui-ci s'est déroulé en «face à face», sur le lieu de travail de la personne interviewée. Lors de mon arrivée dans le service, j'ai eu la surprise d'apprendre que le professionnel infirmier qui devait m'accorder cet entretien avait posé une journée de repos au dernier moment, sans m'en informer. Étant présent dans l'unité, le cadre de santé a pris la décision de désigner une autre infirmière. Je me suis donc à ce stade, senti un peu déstabilisé, car j'allais me retrouver face à un professionnel prévenu au dernier moment, n'ayant pas eu le temps de se préparer à participer à un entretien. Ainsi, l'entretien s'est déroulé au sein du service des urgences dans la salle de pause.

Avant l'entretien, la méthodologie et le thème du travail a été présenté sans donner trop de précisions afin d'éviter d'orienter les réponses du professionnel. J'ai également souligné l'anonymat des propos recueillis.

¹⁵ Cf. Annexe III

Avec l'accord du professionnel, l'entretien a été enregistré.

Limites et difficultés :

Une des principales difficultés rencontrées lors de la réalisation de cet entretien fut le changement de professionnel au dernier moment et le lieu de réalisation de cette interview au sein de la salle de pause, endroit où le passage est fréquent et où il est difficile de ne pas être interrompu. De plus, il a été laborieux de suivre le guide d'entretien. En effet, au cours de la discussion, une relation de confiance s'installe entre le professionnel et moi-même et de ce fait l'échange pouvant devenir naturel, il est arrivé que nous perdions le fil de ce dernier. Je devais alors réorienter l'entretien pour suivre le fil rouge du guide d'entretien.

Lors de la conception du guide d'entretien, j'ai également eu du mal à rédiger des questions qui ne laissent pas transparaître mes propres orientations.

L'enregistrement de cet entretien a été une aide précieuse et indispensable pour réaliser l'analyse et la synthèse des résultats¹⁶.

¹⁶ Cf. Annexe IV et Annexe V

ANALYSE INTERPRETATIVE

La victime et sa prise en charge

Aux urgences, lors de l'arrivée d'une personne dans le service, il est intéressant de savoir qui est la personne prise en charge. Pour la professionnelle des urgences que j'ai interviewée, il n'existe pas forcément de différence entre un patient ou une victime, d'après elle « *une victime est un patient et un patient est une victime* », mais d'après l'infirmière, il est possible de donner une spécificité à ces deux dénominations. Selon elle, si nous devons apporter une précision, nous parlerions plutôt d'un patient quand il vient pour un problème médical, et d'une victime quand elle est là pour un événement traumatique, comme un accident de la voie publique ou un accident vasculaire cérébrale.

L'exemple que l'infirmière choisit pour illustrer son argumentation, est « *que l'on ne dira pas qu'une personne est victime d'une angine* ». Mais que ce soit une victime ou un patient, la prise en charge sera optimale. En effet, les urgences sont un service dans lequel le contexte est très stressant. Le patient ou la victime ne sera pas toujours en position de tout comprendre. L'objectif sera donc de le rassurer, de lui expliquer ce qui va être mis en place pour et autour de lui. L'objectif est de pouvoir recueillir les informations et prodiguer les soins dans un contexte serein. Ainsi le patient sera en mesure de coopérer et les principaux symptômes seront repérés.

Lors de la prise en charge, une victime relève d'une prise en charge urgente, car comme le définit précédemment l'infirmière, une victime est une personne qui présente un motif d'entrée nécessitant une prise en charge urgente. De ce fait, cette dernière sera focalisée sur le problème somatique : « *on va agir avant de donner des réponses* » et une fois le somatique traité, « *là on va gérer le côté psychologique du patient* ».

Quand le côté psychologique est pris en charge, la première question qui est souvent posé à une victime est de « *lui demander comment elle va* ». C'est à cet instant qu'il est possible de voir si la personne à envie de discuter ou pas. Souvent cette question permet à la victime de « *s'engouffrer* » : elle essaiera de nous dire que « *ça ne va pas* » et on se retrouvera face à des personnes obnubilées.

Ainsi l'infirmière explique qu'une fois, un patient était obnubilé par ses papiers (carte mutuelle et vitale) et tant que les soignants n'avaient pas apporté une solution, il était impossible de rentrer en communication avec ce dernier. A l'opposé, il est aussi tout à fait possible de rencontrer des personnes qui ne « s'engouffrent » pas, qui vont rester mutiques. Lorsque les personnes sont justement mutiques, la professionnelle interviewée, pense que leur état psychologique n'est pas exploré et que de ce fait, un traumatisme psychique est impossible à déceler. Cette victime aura tendance à se laisser faire. Alors que pour une personne qui verbalise ses craintes et son traumatisme psychique, les soignants auront tendance à essayer de le rassurer et de lui apporter des réponses.

Le Traumatisme

Toute personne qui entre aux urgences arrive pour un problème médical, chirurgical ou psychologique. Le traumatisme est un motif d'entrée au sein d'un service d'accueil des urgences. Ce traumatisme est, d'après l'infirmière rencontrée, la conséquence d'un choc. Ce traumatisme est en mesure d'engendrer une détresse. Tout ce qu'elle sait, c'est qu'une victime traumatisée physiquement, l'est également psychologiquement et qu'elle est très fragile. Pour la professionnelle interviewée, les traumatismes concernent les fractures, les traumatismes crâniens et tout autres traumatismes physiques.

La Collaboration

Quand une victime est prise en charge aux urgences, plusieurs intervenants sont présents autour de lui. Les principaux, d'après la professionnelle, sont le médecin, l'infirmier et l'aide soignant. Il y a formation d'un trinôme. Ce trinôme fera un travail d'équipe. Il faut faire en sorte que chacun ait une place bien précise. Il faut se répartir les tâches et savoir qui fait quoi et le rôle de chaque professionnel. Le travail en équipe c'est aussi anticiper.

Dans le cas d'une infirmière, son rôle de collaboration avec le médecin est de parler avec ce dernier, de lui faire part de ses doutes mais aussi de ses observations.

L'objectif est de pouvoir faire avancer la prise en charge, sans oublier qu'il y a une hiérarchie au sein de cette équipe.

Pour l'infirmière, ce qui est primordial dans cette collaboration, c'est la communication. Ainsi, une bonne communication entre les membres de l'équipe évite une « *mauvaise compréhension qui pourrait amener de mauvais gestes* ». Il faut s'assurer de « *bien se comprendre* ».

Mais ce qu'il faut toujours garder à l'esprit c'est qu'au centre de cette collaboration, il y a la victime. C'est pourquoi, l'infirmière a bien précisé que « *quand on voit que le patient est en souffrance [...], on demande à quelqu'un de venir s'occuper du patient [...]. Par exemple lors de la pose d'un drain thoracique, il est demandé à l'aide-soignant de se placer à la tête du patient pour discuter avec lui. L'unique mission de l'aide soignant sera de lui parler* ».

La communication dans l'équipe est importante, mais la communication avec le patient également : Avec un patient qui n'est pas détendu psychologiquement, on ne pourra pas réaliser un geste précis correctement, car les drogues sont efficaces, mais une personne qui est anxieuse, aura tendance à être agitée. Ainsi l'infirmière souligne, au cours de son entretien, l'importance de la coopération du patient.

La démarche est d'expliquer au patient ce qu'on va lui faire.

Ce qui est une réelle problématique aux urgences, c'est l'attente. En effet lors de fortes affluences de patients au service d'accueil des urgences, il arrive que ces derniers patientent durant une dizaine d'heure, sans informations.

Lors de ces situations, l'infirmière pense qu'il y a un manque de communication évident, les gens voient défiler les heures sans trop savoir.

L'impact

L'infirmière pense que la collaboration entre le médecin et l'infirmier a un impact sur la prise en charge psychologique du patient. Le médecin est souvent centré sur le problème somatique de la victime, alors que l'infirmière, elle, sera concentrée sur l'observation et va permettre de « *tirer la sonnette d'alarme* » quand le patient ne va pas bien psychologiquement.

L'état de stress post-traumatique

Les connaissances de la professionnelle sur le sujet de l'état de stress post-traumatique aboutissent au fait qu'il s'agit de quelque chose de traumatisant. La victime est blessée sur le plan somatique et ce traumatisme va engendrer un stress tellement intense, que cette dernière aura des difficultés à reprendre son quotidien normalement. Par exemple, elle aura tendance à faire des cauchemars, qui resteront basés sur cet événement. Mais tout cela ne se mettra pas forcément en place immédiatement.

Au sein du service des urgences dans lequel la professionnelle exerce, l'état de stress post-traumatique n'est pas pris en charge. Il n'y a pas de protocole mis en place et de collaboration avec un spécialiste de liaison en psychiatrie ou un psychologue.

En règle générale, rien de plus que ce que la professionnelle a pu nous décrire précédemment, n'est mis en place pour le prendre en charge. Ce sont souvent les familles qui font appel à un psychologue, lorsque que le patient est transféré dans l'unité de soins.

LA DISCUSSION

Suite aux recherches théoriques que j'ai effectuées et que nous retrouvons dans mon cadre conceptuel et de mes recherches dites de « terrain » que j'ai recueillies auprès du professionnel infirmier que j'ai interviewé, je vais désormais procéder à une comparaison et à une confrontation de ces recherches. Cette façon de procéder va me permettre d'apporter des éléments de réponses à ma question de départ qui était : **En quoi la collaboration infirmier-médecin peut-elle impacter dans la prise en charge d'une victime, en vue d'un dépistage précoce de l'état de stress post-traumatique, en service d'accueil des urgences ?**

L'objectif étant de tenter d'élaborer à l'issue de mon travail une question de recherche, qui aura pour objectif de proposer une continuité à ce travail d'initiation mais aussi d'élargir ma réflexion personnelle et professionnelle.

Afin de pouvoir dépister un état de stress post-traumatique, il est, à mon avis, intéressant de connaître la population pouvant être touchée par ce psycho traumatisme. Les personnes pouvant être concernées par ce dernier sont des victimes de traumatismes physiques et/ou psychologiques. Pourquoi des victimes et non pas des patients ? Il est important, je pense, de faire une différence entre ces deux termes, même si, lors de sa prise en charge, une victime sera un patient pour une équipe médicale et paramédicale. Contrairement à l'infirmière ayant répondu à mes questions, je ne pense pas qu'un patient soit automatiquement une victime. Le dictionnaire Larousse définit le patient comme étant « *une personne qui consulte un médecin*¹⁷ » alors que la victime est une personne qui subit un préjudice à son intégrité physique ou mentale comme le définit la résolution des Nations Unies. Mais je souhaite faire remarquer que l'état de stress post-traumatique ne touche pas que des victimes de traumatisme et je reviendrai sur ce point ultérieurement. De plus, une victime ne consulte pas obligatoirement un médecin à la suite du traumatisme.

¹⁷ Le Petit Larousse illustré 2009

Quand je parle de traumatisme, je fais appel à tous les types de dommages que nous pouvons connaître de nos jours, qu'ils soient physiques (blessures par balle, fractures, etc.) ou psychologiques. Lors de mon entretien avec la professionnelle infirmière, j'ai remarqué que les traumatismes physiques sont ceux qui sont les premiers évoqués. En effet, les traumatismes psychologiques en soins généraux ne sont pas des maux pris en compte, à cause tout d'abord d'un manque d'informations et de formations. J'ai constaté cela par ma propre expérience professionnelle en tant qu'aide-soignant et au cours de mes stages durant ma formation initiale d'infirmier. Mes recherches théoriques, que nous pouvons retrouver dans mon cadre conceptuel, confirment que les traumatismes ne sont pas seulement physiques comme je peux l'évoquer ci-dessus.

L'état de stress post-traumatique est une pathologie de la mémoire qui se met en place dans les jours, les semaines, les mois ou les années qui suivent l'événement traumatisant. Ce dernier, peut être de plusieurs natures : Il peut intervenir après un accident de la voie publique, une catastrophe de grande ampleur (aérienne, maritime, naturelle, ferroviaire, ...), en temps de guerre ou tout autres événements marquant où la personne est une victime directe de l'événement concerné. Toutefois, si je reprends la définition que pose Louis CROCQ, ce dernier nous dit que ce psycho traumatisme concerne les individus exposés en tant que victime, témoin ou acteur. Pour préciser ce point, je veux reprendre l'exemple d'une catastrophe qui s'est déroulée le 12 juillet 2013. Il s'agit de l'accident de train qui a eu lieu en gare de Brétigny en région parisienne. Pour cette catastrophe, on peut distinguer trois types d'individus : Les témoins (qui sont les personnes présentes en gare lors de l'accident), les victimes (qui sont les personnes se trouvant dans le train) et les acteurs (qui peuvent être les secouristes qui sont intervenus lors du déclenchement du plan de secours). Ainsi, cette analyse permet de confirmer ce que j'évoquais précédemment en indiquant que les victimes d'événements traumatisants n'étaient pas forcément les seules à risquer un état de stress post-traumatique.

J'utilise effectivement le terme « victime » pour nommer une personne présentant un état de stress post-traumatique, car cette pathologie est classifiée comme étant un psycho traumatisme. Je peux donc constater qu'il s'agit d'un traumatisme psychologique, d'une effraction psychique due à un agent extérieur.

De ce fait, une personne atteinte d'un état de stress post-traumatique est, d'après ce que j'ai pu en conclure avec mes recherches, une victime.

Les signes de cette pathologie peuvent apparaître quelques jours à quelques mois voir des années après l'événement traumatisant. D'une manière générale, l'ensemble des signes fera revivre la situation à la victime avec des souvenirs envahissants, des cauchemars répétitifs avec une intense charge émotionnelle. De plus, elle présentera un état d'hyper vigilance avec un évitement des stimuli associés au traumatisme. Par exemple, le claquement d'une porte qui rappelle une explosion.

Pour illustrer cela, j'ai choisi de vous parler de Sylvain FAVIERE, cet infirmier militaire ayant participé au conflit en Afghanistan et lui même victime d'un état de stress post-traumatique. Dans son livre¹⁸, il évoque les signes d'apparition de ce dernier.

Pour sa part, le premier signe a été l'isolement. En effet, Sylvain ne s'est plus retrouvé dans son environnement naturel : tout lui est devenu étranger. Après ces six mois passés en Afghanistan, son quotidien est devenu monotone et répétitif. Puis une certaine irritabilité s'est installée chez lui. De retour en France, il a continué à tout comparer avec l'Afghanistan. La relation avec ses filles est devenue difficile : Il ne maîtrisait rien. En Afghanistan, il maîtrisait tout : tout le monde avait reçu la même formation, il y avait des protocoles précis suivant les situations,... Il pouvait donc anticiper les faits et gestes de ses collègues. Des sautes d'humeurs et de la colère ont fait leur apparition. Il évoque aussi le fait de ne plus supporter la présence de sa famille pendant les vacances ou les changements dans sa manière de manager son équipe paramédicale sur sa base.

Le troisième signe qui est apparu, est une émotivité importante avec une envie de pleurer même devant un film. Il nous confie, au travers de ses écrits, avoir réalisé un film avec les photos et vidéos prises lors de sa mission, pour le regarder en secret et pleurer devant « comme un enfant ». C'était une sorte d'exutoire pour lui.

On retrouve aussi chez Sylvain FAVIERE, les rêves : Dans un premier temps, l'infirmier transpose totalement sa vie quotidienne en France dans le décor Afghan.

¹⁸ Sylvain FAVIERE – *Ma Blessure de Guerre Invisible* – Edition Esprit com'

Puis les cauchemars apparaissent et sont un signe évocateur d'un état de stress post-traumatique.

Dans cet exemple, Sylvain FAVIERE, vient confirmer les recherches que j'ai effectuées sur la notion d'état de stress post-traumatique.

Pour conclure sur cette notion, je rajouterais que la probabilité de développer un état de stress post-traumatique augmente en fonction de l'intensité et de la proximité physique entre le sujet et le facteur de stress.

C'est pourquoi, je pense qu'il est important de prendre conscience qu'un dépistage précoce de l'état de stress post-traumatique est vital. De part mon expérience lors de mon stage au sein du service de santé des armées, j'ai vu que ce dépistage existait et qu'il était systématique lors du retour en France des soldats et couplé à un stage de décompression à Chypre avant le retour en France. Dans le civil, nous pouvons voir que ce dépistage existe lors de grandes catastrophes avec la mise en place de CUMP (Cellule d'Urgences Médico-Psychologique). Ces cellules existent officiellement depuis 1997 avec la publication de la circulaire ministérielle n°97-383 du 28 Mai 1997 relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe, remplacé par l'instruction N° DGS/DUS/BOP/2014/62 du 24 février 2014 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique¹⁹. C'est la circulaire qui a fondé les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique suite aux attentats de 1995 dans le métro parisien. Elles sont activées par le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) lors de mise en place de plans rouges, de catastrophes ou d'événements à fort retentissement émotionnel (exemple : prise d'otage). Elles sont installées au plus près de l'événement et les professionnels (psychiatres, psychologues et infirmiers) ont pour mission de prendre en charge les personnes exposées à l'événement, de les faire verbaliser sur leur état psychologique, sur ce qu'ils ont vu, etc., ceci, faisant partie intégrante de ce dépistage précoce.

¹⁹ Cf. Annexe VI

Mais qu'en est-il de la prise en charge des victimes au sein d'un service des urgences ? Je pense qu'il s'agit d'une volonté politique de l'établissement et du service. En effet, dans le service où exerce l'infirmière ayant répondu à mes questions, il n'est pas mis en place de protocole pour le dépistage du psycho traumatisme. Cette dernière explique que le problème somatique reste la priorité et que la prise en charge de la victime est centrée sur ce dernier. L'état psychologique du patient n'est pas pris en compte, sauf lorsque le personnel a besoin que le patient coopère, et cela n'a pas pour objectif de dépister quoi que ce soit. Pourquoi un dépistage n'est-il pas mis en place ? Est-ce dû à un manque de temps ? Ce fut évoqué par l'infirmière. Est-ce dû à un manque de personnel ? C'est une réalité du terrain que je connais. Est-ce dû à un manque d'information sur cette pathologie ? C'est une probabilité.

A mon avis, tous ces facteurs peuvent, chacun à leur niveau, être responsables de l'absence de dépistage, mais je pense surtout que cette pathologie n'est actuellement pas assez mise en avant. En effet, le service de santé des armées a fait de ce syndrome une priorité à cause de l'augmentation du nombre de cas de stress post-traumatique chez les militaires depuis le conflit en Afghanistan. Je constate que dans le monde civil, le syndrome est connu, mais que dans l'esprit du personnel connaissant le stress post-traumatique, il reste trop souvent encore une conséquence d'un événement de grande ampleur et grave et que ce dernier ne peut être la conséquence d'un événement du quotidien.

Les priorités de l'équipe sont d'établir entre eux, une bonne collaboration, afin de pouvoir optimiser la prise en charge de la victime lors de son arrivée aux urgences. Pour cela, l'infirmière que j'ai interviewée m'a dit que lorsque que la victime arrive aux urgences, plusieurs intervenants sont présents autour de cette dernière. Il y a formation d'un trinôme entre le médecin, l'infirmière et l'aide-soignante. Chaque personne a ainsi une place bien définie au sein de ce dernier. Le travail de collaboration avec le médecin consiste, pour l'infirmière, à pouvoir établir avec lui une communication, à se parler, à évoquer ses doutes,... Transmettre ses observations fait partie de cette collaboration et permettra de faire avancer cette prise en charge. Ce témoignage vient consolider la définition que donne le dictionnaire Larousse, qui est que « collaborer » correspond à « travailler avec d'autres à une œuvre commune ». Quelle est cette œuvre commune ? C'est le patient bien entendu ! Je pense que la collaboration et l'importance que donnent

les professionnels à cette dernière, leur permet d'avancer dans la prise en charge et de pouvoir travailler sereinement.

Comment se traduit la collaboration médecin-infirmier ? Cette collaboration de part le référentiel infirmier, est dans un premier temps encadré par la loi. En effet, les articles **R4311-7 à R4311-10 du code de santé publique**²⁰ encadrant le rôle prescrit de l'infirmier, impose une collaboration entre le médecin et celui-ci : Le cadre légal des actes que peut réaliser l'infirmier sur prescription du médecin est bien défini. Je pense que ces articles impose involontairement et indirectement l'idée de rendre des comptes au médecin. Mais au delà de cette collaboration imposée, les articles **R4311-3 à R4311-6 du code de santé publique**²¹ qui règlementent le rôle propre de l'infirmier apporte une autre dimension et un équilibre à cette collaboration. En effet, le rôle propre offre une certaine autonomie à l'infirmier et lui permet de prendre des décisions en faveur du patient et le replace ainsi au cœur de la prise en charge. Cela va donner une autre dimension à la relation médecin-infirmier et permettre un échange. Je me retrouve complètement dans la définition d'Olivier DEVILLARD, quand il parle, dans son livre, « d'entité vivante ». En effet, les acteurs sont actifs et mettent des choses en place.

Si je reviens sur la collaboration dans la prise en charge de l'état de stress post-traumatique, je constate que sur le terrain, lors du déploiement de la cellule d'urgence médico-psychologique, une collaboration est effective entre les différents acteurs : chacun a un rôle bien défini dans la rencontre avec les victimes, au plus près de l'événement. En reliant cette collaboration, la prise en charge sur le lieu de l'événement et l'arrivée aux urgences, je remarque qu'un lien est rompu. Les professionnels collaborant au sein de la cellule d'urgence médico-psychologique vont orienter leur prise en charge sur l'état psychologique de la victime alors que l'équipe du service d'accueil des urgences va collaborer dans le cadre de la prise en charge de l'urgence vitale pour laquelle est admise la victime. De ce fait je constate que le côté psychologique est mis entre parenthèses. Je pense que cette rupture peut casser la dynamique du processus de dépistage de l'état de stress post-traumatique. Est ce que cette rupture de prise en charge ne serait pas dû à l'orientation du service ? En effet, j'ai eu l'occasion de remarquer, au cours de mes différents stages, que les urgences peuvent

²⁰ Cf. Annexe VII

²¹ Cf. Annexe VIII

se spécialiser. Ainsi, nous avons les urgences à orientation psychiatrique et les autres urgences à orientation dite de « soins généraux ». Il est évident que la culture du personnel, les orientations de service, etc., peuvent être différentes.

En tout état de cause, l'infirmière interviewée pense que la collaboration entre le médecin et l'infirmier peut avoir effectivement un impact sur la prise en charge du patient : Souvent, le médecin est concentré sur le problème médico-chirurgical, pour chercher des solutions, mettre en place des thérapeutiques, etc. alors que l'infirmier, durant ce temps, sera près du patient à le surveiller, à l'observer et ainsi il sera en position de tirer la sonnette d'alarme en cas de souci. Je pense aussi que la collaboration peut impacter sur la prise en charge, positivement comme négativement. De par mon expérience, il est parfois difficile d'avoir une prise en charge optimale lorsqu'une collaboration n'est pas mise en place, mais ceci n'engage que ma réflexion personnelle.

Cette réflexion personnelle et professionnelle sur mes recherches me conduit aujourd'hui à émettre des hypothèses sur l'impact de la collaboration infirmier-médecin dans le cadre du dépistage de l'état de stress post-traumatique chez une victime en service d'accueil des urgences. Tout ce cheminement me permet désormais de me poser des questions sur ce sujet de travail d'initiation à la recherche. Pourquoi le dépistage précoce n'est-il pas pris en charge aux urgences ? Quelles connaissances les professionnels ont à ce sujet à ce jour ? Les professionnels sont-ils sensibilisés aux conséquences d'un non dépistage précoce ? Des moyens sont-ils mis en place aux seins des différents services d'urgences ? Quelle communication existe-t-il entre la cellule d'urgence médico-psychologique et un service d'accueil des urgences ? Que deviennent les patients non dépistés ?

Toutes les hypothèses ci-dessus m'orientent ce jour à formuler la question de recherche suivante : « **En quoi la non réalisation du dépistage précoce de l'état de stress post-traumatique impacte-t-elle sur l'hospitalisation de la victime ?** »

CONCLUSION

Les situations d'appels que j'ai utilisées pour introduire ce travail d'initiation à la recherche ont été vécues au sein du service de santé des armées. Ce lieu atypique a été une difficulté au début de ce travail, car il fallait pouvoir prendre de la hauteur et se détacher de ce domaine particulier qui est l'exercice de la médecine militaire et ainsi pouvoir le transposer vers le secteur de soins généraux d'un centre hospitalier civil.

Une fois cette transposition effectuée, le second travail était de lui donner une orientation, tout en laissant l'infirmier acteur. C'est ainsi que l'objet de ce travail s'est orienté vers une réflexion s'articulant autour de cette question de recherche : « **En quoi la collaboration infirmier-médecin peut-elle impacter dans la prise en charge d'une victime, en vue d'un dépistage précoce de l'état de stress post-traumatique, en service d'accueil des urgences ?** »

La réalisation de mon travail de fin d'étude avec des recherches théoriques que nous retrouvons dans le cadre conceptuel et l'entretien réalisé avec une infirmière aura permis, non pas de répondre à la question de départ, mais d'y apporter des éléments pouvant étayer cette dernière et d'établir un constat sur ce dépistage. L'issue de ce travail est de pouvoir lui offrir une continuité. En effet je crois réellement que l'infirmier est aujourd'hui un acteur clé à l'hôpital. Il est au carrefour d'un service, puisqu'il entre en interaction avec une grande majorité des acteurs et des utilisateurs de cette institution. La réforme de 2009 de la formation offre aussi à ce jour une opportunité aux infirmiers d'ancrer leur positionnement.

Avec cette position, l'infirmier a toute sa place dans le dépistage précoce de l'état de stress post-traumatique, de part son décret de compétences et sa position au sein d'une équipe. Si une suite à ce travail était envisagée, elle pourrait, je pense, mettre en avant la nécessité d'un dépistage précoce, le rôle que pourrait avoir un professionnel infirmier et pourquoi pas ouvrir une perspective de mise en place de réunions d'information et/ou des formations pour les professionnels de santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Couverture

- Source de l'illustration de la couverture :
 - o <http://www.santepratique.fr/stress-posttraumatique.php>

Ouvrages

- **Sylvain FAVIERE** – *Ma Blessure de Guerre Invisible* – Edition Esprit com' – 144 pages
- **Yann ANDRUETAN** (Médecin en Chef du Service de Santé des Armées) – *Les Blessures Psychiques en 10 questions* – Edition Economica – 108 pages
- **Olivier DEVILLARD** – *La dynamique des équipes* – Edition d'Organisation – Chapitre 1, pages 3 à 7
- **Michela MARZANO** - «*Qu'est-ce qu'une victime ?*» - Archives de politique criminelle - 1/ 2006 (n° 28), pages 11 à 20.
- **Roger MUCCHIELLI** – *Le Travail en équipe, Clés pour une meilleure efficacité collective* – Edition ESF 2009, pages 11 à 14

Cours

- **Éric DESEVEDAVY** (Cadre de Santé Formateur – ISFI CHU De Rennes) - *La Psychologie Cognitive (UE 1.1 S1)* — Septembre 2011

Dictionnaire

- Le Petit Larousse Illustré – *Edition 2009*

Documents Publiés sur Internet

- **Articles et Divers**
 - o http://www.pearson.fr/resources/download.cfm?GCOI=27440100934740&thefile=7291_psychologie_chap7.pdf
 - o **Dr BOUYSSY Marie** – *Interventions Précoces auprès des victimes de psychotraumatismes* - 8 Mars 2007

<http://www.senon-online.com/Documentation/telechargement/3cycle/Psychiatrie/DIU%20psy%20crim/Bouyssy.pdf>

- Résolution 40/34 du 11 Décembre 1985 de l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies
http://criminologie.univ-pau.fr/Biblio/Normes/01_A_ONU.PDF

- **Textes Législatifs**

- **Code**
 - Code de la Santé Publique (www.legifrance.gouv.fr)
- **Circulaire**
 - Circulaire Ministériel n°97.383 du 28/05/1997
- **Instruction**
 - Instruction n°DGS/DUS/BOP/2014/62 du 24 février 2014

Vidéo

- **Christian Navarre** – Psychiatre - *La psychiatrie de catastrophe* -
http://www.risques.tv/video.php?PHPSESSID=cbkllkbnpzopqu&id_DTvideo=236

Sites Internet

- Site du Service de Santé des Armées – www.defense.gouv.fr/sante
- Site de la Haute Autorité de Santé – www.has-sante.fr
- Légifrance – www.legifrance.gouv.fr
- Mémoire Traumatique et Victimologie – www.memoiretraumatique.org