



URGENCES
PSYCHIATRIQUES

Dr Frédéric JOVER

Centre d'Accueil Psychiatrique
Hôpital Saint-Roch, NICE

SI - 2006-2007

RAPPELS: L'URGENCE PSYCHIATRIQUE

■ Définitions

- L'aspect médico-légal domine historiquement
 - trouble de l'ordre public
 - atteinte à la sûreté des personnes
- Conjonction de deux facteurs:
 - détresse psychologique du sujet, d'étiologies multiples
 - Environnement qui a des capacités d'adaptation débordées ou qui est stressant
- Aspects :
 - CRISE: perte d'adéquation entre l'individu et son milieu, en général aiguë
 - DÉCOMPENSATION: rupture d'un équilibre instable chez un patient auparavant stabilisé
 - REGRESSION

RAPPELS: L'URGENCE PSYCHIATRIQUE (2)

- Spécificités de l'urgence "psychiatrique"
 - Notion d'urgence variable
 - pb des conduites purement délinquantes
 - évolution du seuil de tolérance de l'entourage ou de la société
 - Pb des troubles organiques à expression psychiatrique
 - Urgence d'abord situationnelle
 - démarche diagnostique souvent différée
 - évaluation de situation nécessaire (patient + entourage), d'où approche thérapeutique globale
 - Gestion particulière du temps
 - savoir aller très vite, comme prendre le temps++
 - Méfiance vis à vis de l'approche psychiatrique
 - présentation du cadre psychiatrique ++
 - Source de projections affectives de la part des soignants et de l'entourage
 - satisfaction du désir de la famille
 - projection de notre propre agressivité

PRINCIPAUX MOTIFS D'ADMISSION

- TS ou équivalent, menace suicidaire : 30%
- Trouble du comportement: agitation, violence, comportement « bizarre »
- Traumatisme subi ou ressenti
- Détresse psycho-sociale, exclusion
- Alcoolisme, toxicomanie
- Détérioration intellectuelle/physique, perte d'autonomie

L'AGITATION: DÉFINITION

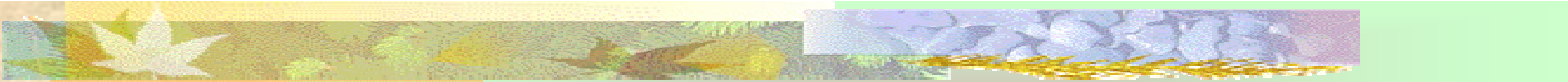
- Excès d'activité ou de mouvement
 - par rapport au niveau de tolérance de l'entourage, ou de l'équipe d'accueil
 - perçu comme un trouble psychique (\neq comportement de jeu, de protestation), donc en rupture par rapport à une norme sociale
 - par rapport au comportement habituel du sujet
- C'est un épiphénomène
 - nombreuses pathologies psychiatriques et/ou organiques sous-jacentes possibles
 - souvent intrication de plusieurs facteurs
 - nécessité d'une approche le plus souvent concertée, somatique et psychiatrique

AGITATION: CAUSES

- Leur détermination précise est souvent différée
 - si dangerosité ou inaccessibilité aux soins
 - délai d'obtention des examens
 - mais il faut bien avoir une impression diagnostique avant de traiter !!...
- On peut distinguer schématiquement:
 - les agitations peu ou pas contrôlables par le sujet, souvent incompréhensibles, d'étiologie non évidente
 - *Psychoses, schizophrénies, délires aigus, états maniaques, Démences*
 - *Confusion mentale, post-crise épileptiques, Ivresses pathologiques, drogues hallucinogènes*
 - les agitations ± contrôlables par le sujet, aisément compréhensibles ou explicables, ayant parfois une fonction de communication
 - *Troubles de la personnalité (psychopathique, histrionique)*
 - *Certaines ivresses ou toxicomanies*
- Association fréquente entre plusieurs facteurs étiologiques (notamment alcool, psychotropes, drogues) +++


Agitation maniaque

- souvent spectaculaire, à type d'hyperactivité brouillonne et sans but fixe, quasi-incessante
- fuite des idées (coqs à l'âne, jeux de mots), logorrhée ou graphorrhée
- Humeur euphorique (souvent labile), avec tendances ludiques, mais des passages agressifs imprévisibles sont à redouter. Possibilité d'association à des affects dépressifs (états mixtes)
- Il y a souvent une dangerosité accrue
 - en cas d'idées délirantes de grandeur, de toute-puissance
 - d'ivresse éthylique surajoutée, de prise de drogues (amphétaminiques, ecstasy, cocaïne, crack)
- CAT:
 - Eviter de sympathiser !
 - Antipsychotiques sédatifs ± contention, réhydratation, puis hospitalisation en milieu psychiatrique

- 
- Les parents de Fabrice, 19 ans, l'accompagnent. Il vient de jeter le téléviseur par la fenêtre de la villa, avec divers objets. Depuis trois jours il présente un état d'agitation important, et crescendo. Il a l'air très tendu, et vous avez du mal à suivre le fil de son discours.
 - « Ils ont pris possession de moi... ils savent tout ce que je pense, ils veulent m'empêcher de penser et d'accomplir ma mission... ils m'insultent... ce sont les fils de Satan, je sais que vous travaillez pour eux. Moi, je travaille pour les chevaliers de l'ordre de la Rose-Croix. Je suis un grand commandeur de l'ordre »
 - Depuis plusieurs jours ce patient ne dort que très peu et ne s'alimente plus du tout. Il s'est barricadé dans sa chambre. Des périodes de recrudescence des troubles du comportement alternent avec des périodes de stupeur.
 - Durant l'entretien avec les parents, on apprend que Fabrice est un garçon qui était sans histoires jusqu'à son entrée en math sup' l'an dernier, puis ses résultats se sont dégradés et il a eu de plus en plus tendance à s'isoler de ses amis et à ne lire que des livres ésotériques.

Agitations délirantes

- Au cours de psychoses dissociatives (schizophrénie), de psychoses hallucinatoires chroniques, de délires chroniques (ex: paranoïa)
- Sentiment fréquent de persécution, avec hostilité envers l'entourage
- Angoisse "psychotique", incommunicable, avec impressions de déréalisation-dépersonnalisation
- Possibilité d'hallucinations auditives ou visuelles, avec parfois syndrome d'influence
 - le patient a des attitudes d'écoute (barrages), répond aux voix, leur obéit: DANGER!
- CAT:
 - Neuroleptiques incisifs et sédatifs (souvent associés) ± contention et isolement

- 
- Mlle C, 29 ans, coiffeuse, vient de rentrer précipitamment d'un voyage en Inde avec son ami, et est accompagnée par ce dernier. L'ami vous explique que ces derniers jours, elle se sentait inquiète et menacée. Lors d'un circuit en train, elle s'est brusquement levée dans le compartiment et est allée dire au contrôleur que son ami était un malfaiteur qui l'avait kidnappée pour la laisser en Inde, peut-être pour la vendre... Elle paraissait désorientée lors de cet épisode, n'arrivant plus à se repérer dans le train.
 - Depuis son retour hier, son ami la trouve nettement mieux. Elle vous paraît un peu hagarde, « comme ailleurs », vous écoutant distraitement. Elle ne se souvient pas vraiment des propos qu'elle a tenus en Inde. Elle vous dit qu'elle se sent encore mal à l'aise dans la rue, gênée par le regard des gens.
 - Elle ne souhaite pas une hospitalisation, et son ami y est également réticent, demandant qu'on lui prescrive un traitement « qui la remonte ».

Confusion mentale


- Signent une souffrance cérébrale organique à expression psychiatrique, d'origine variable
 - (toxique++, traumatique, infectieuse (HIV), tumorale, gazométrique ..)
- Tableau associant:
 - Obnubilation ou labilité de la conscience, troubles de la mémoire, de l'attention, de la reconnaissance des personnes
 - Désorientation temporo-spatiale +++
 - Souvent lutte anxieuse et perplexe pour clarifier la conscience
 - Onirisme dans 50 % des cas, avec hallucinations ou illusions désagréables
 - Altération de l'état général (sueurs, déshydratation, fièvre..)
 - Tableau le plus typique : delirium tremens

Confusion mentale (suite)

- Importance de l'anamnèse++ (stress, infection, TC, notion d'éthylisme.., changement de traitement (sujet âgé))
- CAT:
 - Bilan étiologique++ (biologie, toxiques, ± scanner)
 - Réhydratation, réduction du stress environnant, Vitaminothérapie
 - Problème de la sédation
 - prudente (risque de potentialisation toxique), personnalisée,
 - si possible per os tant que hémostasie inconnue
 - Meprobamate ou Benzodiazépines dans formes modérées
 - Tiapride dans formes majeures

Agitations de l'ivresse alcoolique

- Frontière étroite entre la phase d'excitation de l'ivresse simple et les ivresses pathologiques
 - ivresse excito-motrice, avec possible fureur agressive
 - ivresse avec troubles de l'humeur, le plus souvent maniaque
 - ivresse délirante (thèmes de jalousie, de persécution, de mégalomanie)
- La conduite à tenir est \pm celle d'un état confusionnel
 - recherche de principe d'une pathologie intercurrente
 - sédation prudente

- 
- On amène aux urgences une jeune femme de 30 ans pour un « état d'énervement » (dixit le pompier sur place) survenu brutalement. Lorsque vous l'abordez, la patiente hurle qu'elle va mourir en se tenant la poitrine, dit qu'elle a « un infarctus comme son père », « sent son cœur prêt à exploser », entourée par l'équipe médusée. Elle a l'impression que l'ambiance autour d'elle est comme « dans un mauvais rêve ». Elle s'est énervée avec sa mère lorsque cette dernière a essayé de l'aider, et se montre peu coopérante initialement. Toutefois, elle paraît accepter votre aide. Vous observez des sueurs profuses, une tension psychique très intense, une tachycardie régulière à 130 et une tachypnée

AGITATIONS ± CONTRÔLABLES

- Crise d'excitation hystérique ("crise de nerfs")
 - très fréquente, facteur déclenchant souvent retrouvé (dispute, conflit familial, stress aigu)
 - bruyante, théâtrale, attirant l'attention (cède souvent par le simple isolement), "inauthentique" mais pas simulation
 - est un message adressé à l'entourage en cause dans la crise
- Crises d'angoisse névrotique
 - notamment Attaques de panique ++
 - anxiété psychique et physique majeure, crescendo
 - associée à peurs de mourir, de devenir fou,
- Agitation revendicante du psychopathe
 - menaces associées à des demandes difficiles à satisfaire (prescriptions de toxiques, demandes d'hébergement..)
 - expression d'emblée agressive, impulsive, avec tentatives de manipulation. Intolérance aux frustrations

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

- Le choix du traitement repose sur:
 - les résultats de l'investigation à la recherche d'une atteinte organique cérébrale : en cas de doute, on évite les produits susceptibles de nuire à une surveillance neurologique correcte, ou de trop longue demi-vie
 - le type supposé et l'intensité des troubles
 - la connaissance des traitements déjà prescrits
 - la durée d'action et la sédation souhaitées
 - les voies d'administration possibles

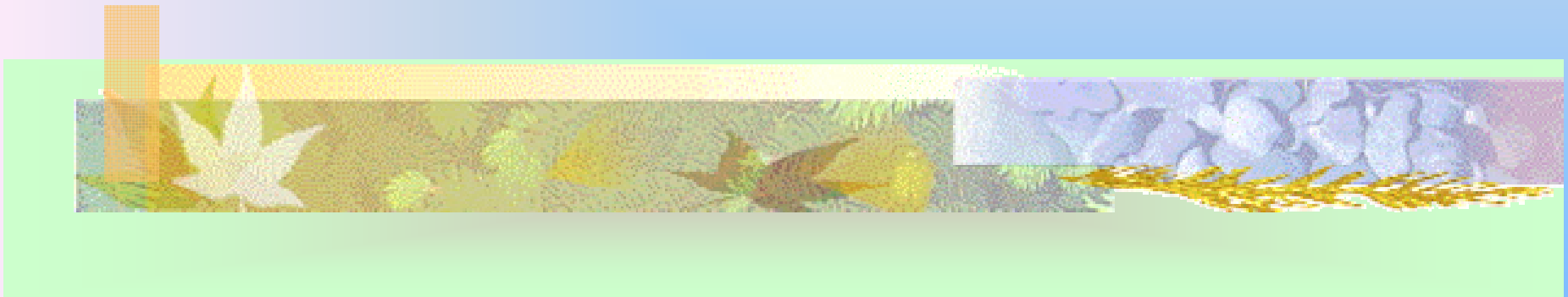
TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX (suite)

- Etats anxieux et agitations modérées
 - BENZODIAZÉPINES type Tranxène, Seresta, Valium (po ou IM). Action rapide quelle que soit la voie d'administration
 - Meprobamate (Equanil) (per os ou IM): peu toxique
 - parfois neuroleptique anxiolytique type Tercian(po ou IM)
- Etats d'agitation sévères
 - NEUROLEPTIQUES (Loxapac, Tercian), ou ANTIPSYCHOTIQUES (Risperdal, Zyprexa, Solian) en fonction de l'importance des troubles psychotiques

PRISE EN CHARGE NON MÉDICAMENTEUSE

- La résolution de l'agitation n'est en aucun cas une fin en soi. Elle permet avant tout de créer des conditions adaptées à la résolution du problème de fond, ou de la crise
 - reprise de relation avec un patient plus réceptif, réassurance, explication
 - souplesse du transfert vers l'unité qui assurera éventuellement le suivi
 - mise en place progressive de mesures légales d'hospitalisation si nécessaire (HDT ou HO)
- La qualité de la prise en charge initiale en milieu psychiatrique dépend pour une large part de la gestion de l'accueil du patient et de la maîtrise de l'urgence.

Risque suicidaire chez l'adulte

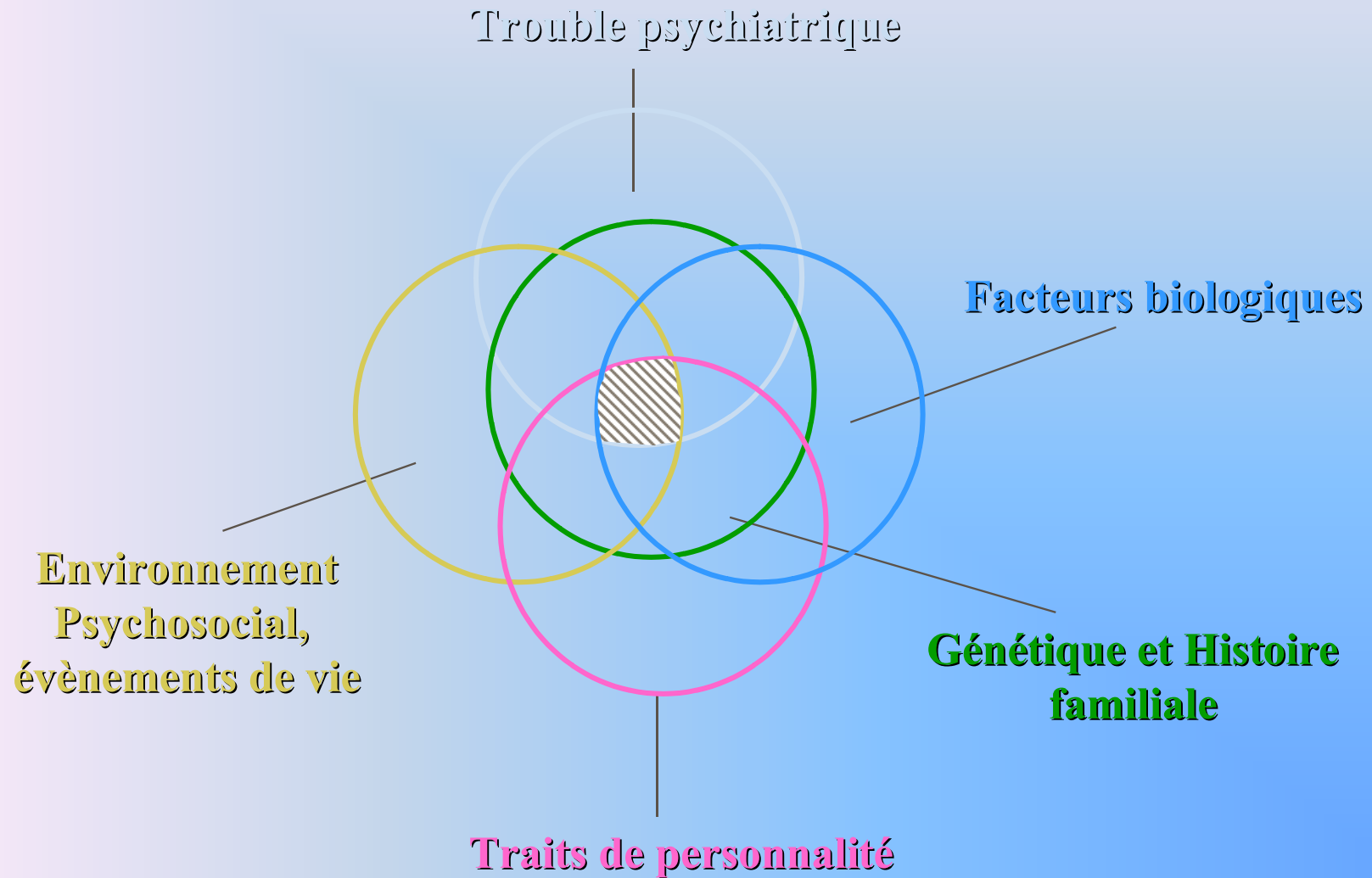


Dr Frédéric JOVER
Centre d'Accueil Psychiatrique
CHU St Roch
NICE

Un problème majeur de santé publique

- Plus de 11 000 décès par an
- 3000 par armes à feu, 1200 par médicaments
- Plus de 60 000 endeuillés
- 160 000 tentatives de suicide par an
- DES CAUSES MULTIPLES
- PAS DE SOLUTION UNIQUE
- IMPOSE UNE POLITIQUE DE PETITS PROGRES OU CHACUN AVEC LA COLLECTIVITE PEUT ETRE ACTEUR

Modèle multifactoriel (Blumenthal et Kupfer, 86)



Dépression et suicide

- Chez les personnes décédées (Isometsa, 1994) plusieurs étaient en contact avec des services professionnels
 - 75% avaient eu des traitements en psychiatrie dont 45% au moment du décès (seulement 3% avaient un traitement adéquat)
 - 18% ont vu un professionnel la journée du décès
 - 39% lors de la semaine précédent le décès
 - 66% lors des trois mois précédent le décès

- Mais chiffres plus faibles chez adolescent et adulte jeune

Abus et dépendance- Alcool, drogues, psychotropes

- Plus d'hommes que de femmes
- Beaucoup de comorbidité associée (notamment dépression, trouble personnalité)
- Recherche de réduction de la souffrance psychologique liée aux conflits, aux problèmes scolaires, à la perte d'estime de soi (« automédication »)
- Comportement d'imitation, d'entraînement par groupe (« identification », « adhésion »)
- Effet désinhibiteur ==> passage à l'acte

Facteurs environnementaux

- Climat social
 - Souvent dégradé dans les périodes précédant la crise
 - Cause ou conséquence de la souffrance psychique?
- Climat familial (plus que structure familiale)
 - Relations instables
 - Violences et abus physiques, rejet
 - Négligence, désintérêt (« manque d'échange émotif »)
 - Alcoolisme et violences chez proches
- Intégration sociale
 - Peu d'amis ou de confidents (perception subjective)
 - Phobie sociale
 - Peu de personnes jugées « importantes » au sein de l'entourage

Evènements de vie stressants

- **Conflits interpersonnels**
 - Surtout parents, mais aussi frères et sœurs
 - Perception d'honte et d'humiliation
- **Affections somatiques**
- **Pertes**
 - Réelles (départs, décès) ou symboliques (rupture)
 - Réactivation des pertes antérieures
 - Conséquences proportionnelles à l'intensité et à l'espoir mis dans la relation
- **Problèmes légaux ou disciplinaires**
 - Humiliation ressentie
 - Rejet des proches

Antécédents de TS

- 40% des personnes faisant une tentative de suicide ont fait une tentative antérieure
- 13 à 35% récidivent sur une période de 2 ans
 - 7% en feront 2
 - 2.5% en feront 3 ou plus
 - 1% en feront 5 et plus)

Nordstrom, 1995

Triple évaluation du potentiel suicidaire

- But: déterminer le degré de perturbation de l'individu afin d'instaurer une intervention appropriée
- Évaluation:
 - ⌘ Le risque
 - ⌘ L'urgence
 - ⌘ La dangerosité

1. Evaluation du risque

- Considérer les éléments du passé pouvant influencer le processus suicidaire :
 - facteurs individuels,
 - familiaux,
 - psychosociaux
- Reconnaître et/ou rechercher les intentions suicidaires

Facteurs de risque de suicide

Facteurs de risque tertiaires

- Sexe masculin
- Fin d 'adolescence
- Période prémenstruelle

Facteurs de risque secondaires

- Pertes parentales précoces
- Isolement relationnel
- Chômage, déscolarisation
- Dissociation, violence familiale
- Evènements sévères ou stressants

Facteurs de risque primaires

- Troubles psychiatriques
- ATCD suicidaires
- Intention suicidaire, désespoir
- Impulsivité, agressivité
- Alcool, drogues

Facteurs protecteurs


- Sentiment de responsabilité / famille
- Crainte de désapprobation sociale
- Stratégies d 'adaptation
- Peur de la mort
- Références morales et religieuses

Passage
à l 'acte

d 'après Walter, 2000

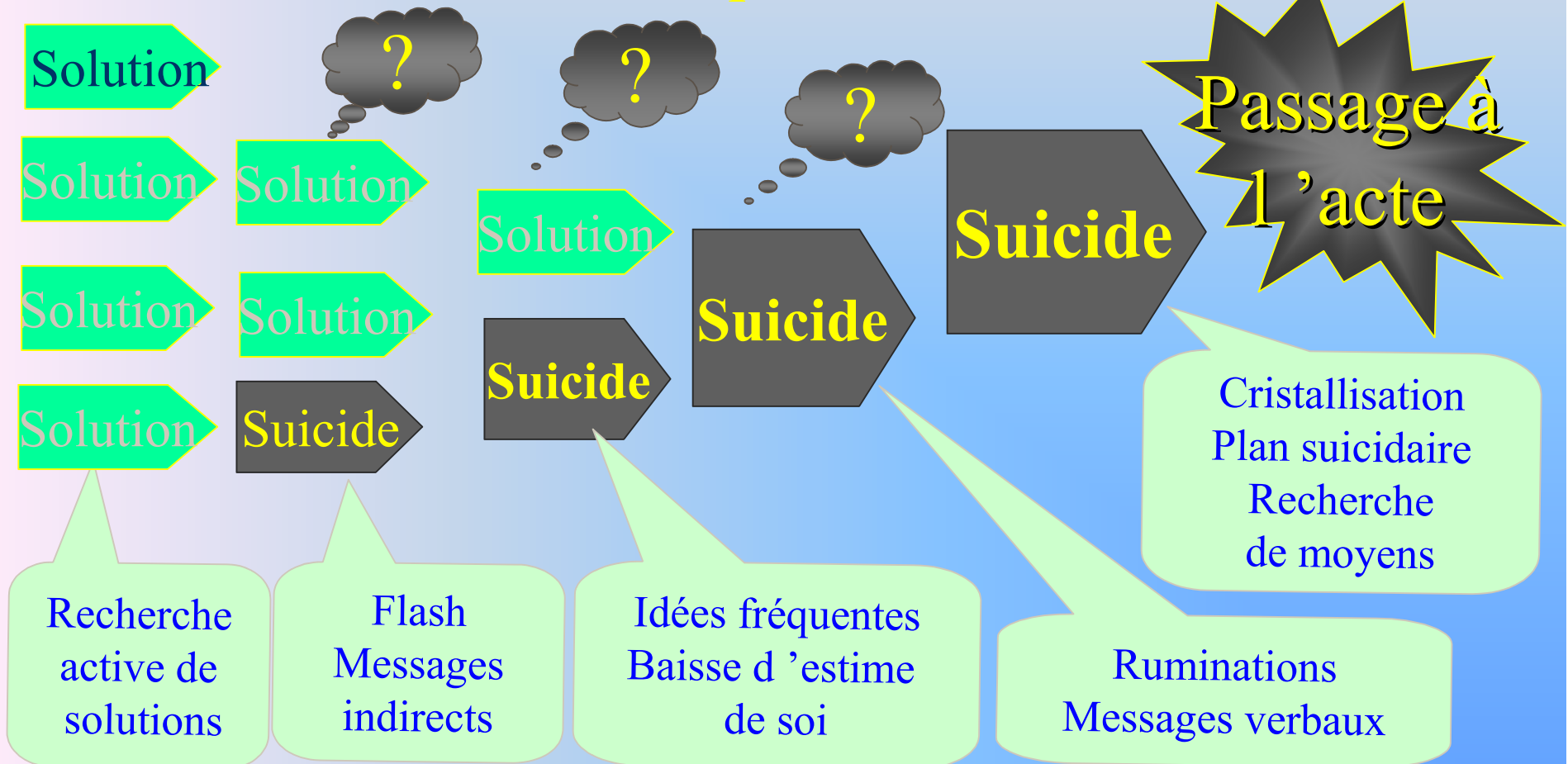
2. L'urgence suicidaire

- le scénario suicidaire,
 - l'absence d'alternative autre que le suicide
-
- **Faible** : pense au suicide, pas de scénario précis
 - **Moyen**: scénario envisagé, mais reporté
 - **Élevé**: planification claire, passage à l'acte prévu pour les jours à venir

- 
- Josette, 19 ans, amenée aux urgences par ses parents. Une dispute a éclaté entre cette dernière et son père, au cours de laquelle elle l 'a menacé avec un couteau. Vous la trouvez dans un état important d 'excitation et elle menace son père de le tuer. La querelle a éclaté quand le père est rentré à la maison alcoolisé, et qu 'une Nième dispute a éclaté entre les parents. Elle verbalise de temps en temps qu 'elle ne supporte plus cette situation et qu'elle voudrait parfois en finir.

Modélisation de la crise suicidaire

Solutions inefficaces
ou inadéquates




Signes présuicidaires

- Sentiment de désespoir
- Retrait émotionnel
- Intention suicidaire
 - Communication directe ou indirecte
 - Pensées erronées associées (dévalorisation, pessimisme, désespoir ...)
 - Comportements « terminaux »
 - Renoncement thérapeutique
- Éléments de perte de contrôle
 - Impulsivité et anxiété croissantes
 - Auto- ou hétéro-agressivité
 - Réaction disproportionnée à facteur de stress ou conflit
- Importance d'individualiser des signes propres à chaque individu

3. La dangerosité du scénario suicidaire

- Évaluer la dangerosité du scénario suicidaire : létalité du moyen et l'accès direct aux moyens
- Si l'accès au moyen est facile et immédiat, il faut considérer la dangerosité comme extrême et agir en conséquence

- 
- Une femme veuve de 75 ans, vivant seule, est admise après avoir réalisé trois heures auparavant une intoxication médicamenteuse volontaire par une douzaine de comprimés d'Urbanyl^o 10 (clobazam) associée à une absorption de quelques verres de porto. L'état neurologique est normal, hormis une légère somnolence. La patiente met spontanément son geste sur le compte de difficultés pour trouver le sommeil. Elle souhaite rentrer chez elle, assurant qu'elle fera venir son médecin traitant si elle ne se sent pas bien.
 - On note dans ses antécédents un état dépressif spontanément résolutif à la mort de son mari, il y a deux ans.

Conséquences sur les modalités de prise en charge

- Evaluation
 - Non banalisante a priori
 - globale
 - répétée, diachronique
 - Intégrée, approche d'équipe ou de réseau
- Prévention secondaire
 - Reconnaissance des pathologies à risque
 - Traitement prolongé et de maintenance de la dépression
 - Prudence dans les allègements de suivis des patients aux ATCD suicidaires
- ... du temps et des moyens....

Que faire devant une T.S. réalisée ?

- **Gestion du temps et de la crise**
 - Il faut savoir aller vite et ne pas trop attendre pour intervenir et savoir différer une démarche étiologique
 - Certaines situations nécessitent de savoir prendre le temps, de prendre les précautions nécessaires, d'expliquer la situation au patient et à l'entourage, de rappeler la réalité, de rassurer

- **Tout patient venant de faire une TS doit être confié à un service d'urgence**
 - Evaluation de la gravité somatique
 - Evaluation de la clinique psychologique
 - Evaluation du contexte socio-familial
 - Ces évaluations ne peuvent pas être réalisées de façon satisfaisante à domicile.

Le rôle du soignant

- **Manifestation d' empathie**
- **Restituer au patient le sens présumé de son geste**
- **Aider le patient à accepter la prise en charge hospitalière**
 - **Explication de l'utilité de cette prise en charge et du temps qui doit lui être consacré**
 - **Intérêt d'une mise à distance temporaire du contexte**
 - **Ni banalisation ni dramatisation, notamment de l'approche psychiatrique**
 - **Réassurance quant au suivi post-hospitalier**

Les sens de l'acte suicidaire

- **auto-agressive**
- **hétéro-agressive (retournée contre soi)**
- **appel**
 - quête affective de l'hystérique
 - sentiment d'incompréhension, d'incommunicabilité
 - finalité imprécise
- **catastrophique**
- **réaction inadaptée, non prévisible à un sentiment de désarroi**
- **fuite (seule issue possible au conflit, exprimée de façon cohérente)**
- **chantage, destiné à des personnes précises**
 - obliger l'autre aux regrets
 - les placer en situation de réprobation publique
 - leur donner une leçon et donner plus de sens aux menaces futures, mais risque++
- **ordalique**
 - "coup de poker", pari
 - survie vécue comme un signe du destin

Prise en charge des suicidants

- Ne jamais banaliser
- Nécessité sans délai d'une triple évaluation
 - Somatique
 - Psychologique
 - Socio-familiale
- Par intervenants formés à cette approche
- Adressage ± systématique aux urgences hospitalières



Objectifs de la prise en charge

- écarter tout risque vital ou fonctionnel
- comorbidités somatiques ?
- sécurité du patient, prévenir le risque de récurrence à court terme
- créer un climat de confiance mutuelle, d'adhésion au traitement et de résolution de la crise
- d'évaluer les ressources psychologiques du sujet
- rechercher une éventuelle décompensation

Objectifs de la prise en charge (2)

- joindre les différents professionnels
 - aides à la compréhension et à la résolution de la crise
- rencontrer les parents et l'entourage
 - tenter d'appréhender progressivement les difficultés qu'ils rencontrent,
 - leur apporter l'aide dont ils peuvent avoir besoin
- préparer le projet de suivi post-critique

- ⚡ **Aspects psychologiques des accidents et des catastrophes**
- ⚡ **Aide médico-psychologique**

Notion de catastrophe

- ⚡ Événement funeste, naturel ou provoqué par l'homme, souvent soudain et brutal
- ⚡ Provoquant un grand nombre de victimes
- ⚡ et/ou des destructions matérielles importantes ou de géographie humaine
- ⚡ Mettant en tension les services de secours et d'assistance
- ⚡ Entraînant une importante perturbation sociale
 - ⚡ Perturbation des systèmes et des réseaux (énergie, eau potable, nourriture, soins, communication, information)
 - ⚡ troubles psychosociaux individuels et collectifs
 - ⚡ impact psychique étendu par les médias, résonance émotionnelle amplifiée
 - ⚡ Affectant le sujet individuellement (moi personnel) et dans son appartenance sociale (moi social)

Types de catastrophes

⌘ Naturelles

- ⌘ Géologiques
- ⌘ Climatiques
- ⌘ Bactériologiques
- ⌘ Animales

⌘ Technologiques et accidentelles

⌘ Guerre ou actes de terrorisme

⌘ De société

- ⌘ Mouvements de foule
- ⌘ Manifestations, émeutes
- ⌘ Paniques ou accidents dans stades

Notions de blessés psychiques: historique

- ⌘ Accidents de chemin de fer, de paquebots
- ⌘ psychiatrie militaire ++
 - ⌘ 2ème guerre mondiale: aux USA, 10 % des effectifs hosp. en psy / 1 blessé psychique pour deux blessés physiques
 - ⌘ Bombardements massifs (GB, D, Japon)
 - ⌘ Guerre du Kippour : sur 1500 premiers évacués, 650 blessés psychiques
 - ⌘ Vietnam: 5 % d'évacuations pour troubles psychiatriques
 - ⌘ Soldats de l'arrière souvent plus atteints que ceux du front (inactivité, fantasmes pathogènes (menace chimique au Golfe))
- ⌘ Actes de terrorisme
 - ⌘ RER Saint Michel : sur 93 victimes, 23 blessés psychiques (beaucoup de perdus de vue)
 - ⌘ Répliques Orsay, Port-Royal
- ⌘ Stades
 - ⌘ Incendie d'un stade en Angleterre
 - ⌘ Effondrement à Furiani (> 1000 blessés)

Notion de blessés psychiques

- ⌘ S'applique à tout blessé somatique ou rescapé sans blessure
 - ⌘ Nécessité d'évaluation et/ou de prise en charge psychologique
- ⌘ Peut s'étendre aux impliqués
 - ⌘ Famille, amis
 - ⌘ Sauveteurs, soignants
 - ⌘ Décideurs, services sociaux
- ⌘ Deux modèles explicatifs
 - ⌘ théorie du stress
 - ⌘ modèle du trauma

Rappel sur le stress

- ⚡ Réaction biologique, physiologique, psychologique
 - ⚡ d'alarme, de mobilisation, de défense
 - ⚡ face à une agression, une menace, une situation imprévue
- ⚡ Réaction utile, normale ("eustress")
 - ⚡ focalisation de l'attention
 - ⚡ mobilisation des capacités
 - ⚡ incitation à l'action
 - ⚡ permettant une décharge immédiate (problème des réactions différées)
 - ⚡ suivie de sensations d'épuisement ou de soulagement (post-stress normal)
- ⚡ Réaction d'exception, parfois pathologique ("dysstress")
 - ⚡ tension psychique et physique importante
 - ⚡ coûteuse en énergie
- ⚡ Réaction atténuée chez certains sujets (âgés++)

Réactions immédiates à la catastrophe (ou l'accident)

- ⚡ Etats commotionnels ("choqués"): la majorité puis...
- ⚡ Stress intense mais adapté (15%)
- ⚡ Stress dépassé (15%)
 - ⚡ sidération
 - ⚡ agitation stérile
 - ⚡ fuite éperdue
 - ⚡ réactions automatiques (pouvant paraître adaptées)
- ⚡ Réactions névrotiques: stress coloré d'anxiété, de manifestations hystériques, de phobies
- ⚡ Réactions psychotiques
- ⚡ Décharges différées
 - angoisse, agitation, réactions agressives
 - épuisement

Réactions collectives

- ⌘ Réactions normales, adaptées: attente, maintien aux postes, évacuation dans l'ordre, aide aux secours, solidarité et entraide
- ⌘ Panique, anarchie, "chacun pour soi", agitation brownienne
- ⌘ Inhibition collective (commotion, inhibition, stupeur)
- ⌘ Exode alimenté par les rumeurs

Facteurs de réactions pathologiques collectives

- ⌘ Nature de l'évènement traumatique (soudaineté, dangerosité réelle ou redoutée)
- ⌘ Prédispositions individuelles
- ⌘ Facteurs sociologiques prédisposants
 - ⌘ mauvaise cohésion du groupe
 - ⌘ faible adhésion aux idéaux collectifs
 - ⌘ saturation du groupe en éléments fragiles
- ⌘ Facteurs situationnels
 - ⌘ espaces sombres, fermés, hostiles (fumée..)
 - ⌘ absence d'informations, défaillances des pouvoirs publics
 - ⌘ manque de préparation
 - ⌘ rumeurs alarmantes, favorisées par l'hypermédiatisation

Facteurs de risque de réponses différées (1)

- Circonstances du traumatisme
 - effroi, surprise, rupture dans la continuité ("catastrophe = renversement")
 - confrontation directe ou indirecte avec le réel de la mort, parfois sans possibilité efficace de représentation de la mort
 - impuissance, impossibilité de réaction ou de maîtrise, débordement du coping
 - exceptionnel par la violence (à moduler selon âge)
 - notion d'injustice, que la loi a été bafouée
 - cicatrices visibles (ou handicaps) qui fixent le traumatisme

Facteurs de risque de réponses différées (2)

- Modalités de réponse immédiate
 - stress dépassé
 - réactions pathologiques
 - absence de réaction
- Facteurs prédisposants
 - prédisposition antérieure (personnalité phobique, dépendante...)
 - vulnérabilité conjoncturelle
 - vulnérabilité de signification
 - Du fait de l'illusion rétrospective, ces facteurs ne sont pas toujours faciles à retrouver

Névroses traumatiques: historique

- ⌘ Accidents de chemin de fer au XIX^e S. (Oppenheim)
- ⌘ Anciens combattants: "Psychosyndrome traumatique" - Névroses de guerre (Abraham 1918)
- ⌘ "Syndrome du vent du boulet »
- ⌘ Névrose traumatique (Freud 1923, Fénichel 1939)
- ⌘ Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)
 - ⌘ 7,8 % de prévalence sur la vie entière

Syndrome de Stress Post-Traumatique (PTSD) (ou névrose traumatique): clinique

- phase de latence de quelques heures à quelques mois (anxiété, méditation, ruminations)
- Syndrome de répétition
 - reviviscence, parfois favorisé par un stimulus (anniversaire, médias...)
 - cauchemars, avec beaucoup d'éléments réels et peu de fantasmes
 - flash-backs diurnes, d'allure hallucinatoires
- Syndrome d' hypersensibilité, d' hyper éveil
 - réactions de sursaut, orages neurovégétatifs
 - décharges émotionnelles incontrôlées, gestes brusques, tics
- Syndrome d' évitement
 - lutte psychique pour éloigner les pensées, les images, les sentiments rappelant la situation traumatique
 - comportements d'évitement des lieux, des horaires, des transports similaires
 - parfois amnésie psychogène

PTSD: clinique (2)

⌘ Autres symptômes non spécifiques

- ⌘ asthénie psychique, physique et intellectuelle
- ⌘ troubles du sommeil
- ⌘ troubles psychosomatiques ou plaintes somatiques récurrentes (douleurs++)
- ⌘ dimension dépressive constante: pessimisme, retrait relationnel, émoussement affectif, perte de plaisir

⌘ "La personnalité traumatique"

- ⌘ blocage de la fonction de filtrage (états d'alerte, hypersensibilité à l'environnement)
- ⌘ blocage de la fonction de présence (perte d'intérêt et démotivation)
- ⌘ blocage de la fonction d'affection (exigence d'affection, quérulence, incapacité de témoigner de l'affection aux autres)

Evolution du PTSD

- Chronicisation fréquente, notamment si sentiment d'injustice, de mauvaise réparation
 - Abaissement du syndrome de répétition
 - Augmentation de la composante dépressive: démotivation, désintérêt, interrogations pessimistes sur l'avenir, troubles cognitifs
 - Recrudescence anxieuse: lassitude, tension interne, troubles de l'endormissement
- Handicap fréquent après deux ans d'évolution
- Personnalité dépressive
- Nécessité de traiter le plus précocément possible

Cellules médico-psychologiques : Origines

- ⚡ Initiatives locales diverses
 - ⚡ Mai 92 : Effondrement du stade de Furiani (1000 blessés)
 - ⚡ sept 92 : Inondations de Vaison la Romaine
 - ⚡ Déc 94: Prise d'otages avion Alger - Marseille
 - ⚡ Juillet 95 : attentats parisiens (RER Saint-Michel ++)

- ⚡ Rapport du Pr Crocq au Secrétaire à l'Action humanitaire d'urgence

- ⚡ Circulaire du 28 Mai 1997 : création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe

Cellules médico-psychologiques : Organisation

DÉPARTEMENT

**Psychiatre référent
départemental**

Liste de volontaires

- **Psychiatres**
- **Psychologues**
- **Infirmiers**

RÉGION (7)

**Cellule permanente
régionale**

- **Psychiatre**
- **Psychologue**
- **Secrétaire**

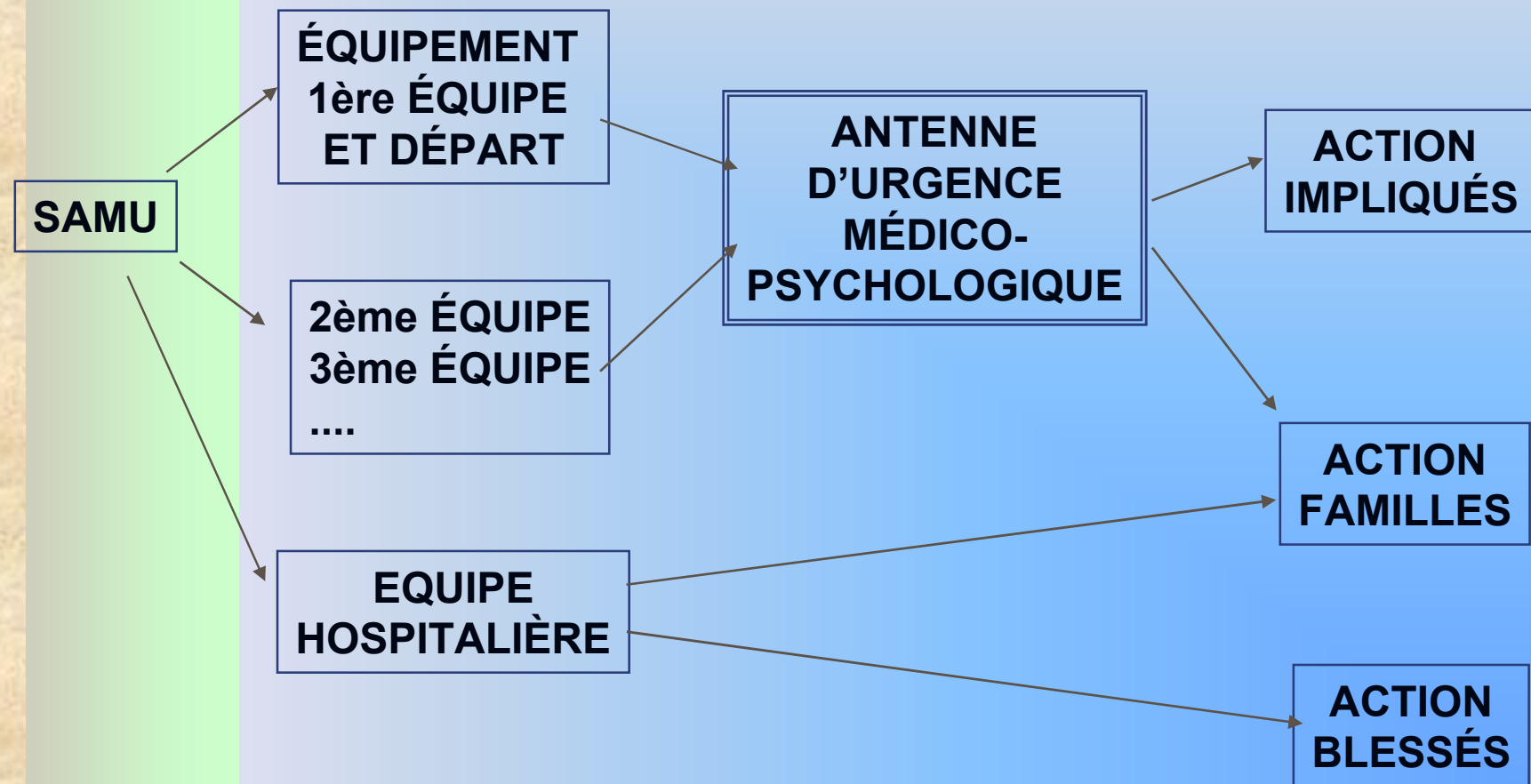
**Liste de volontaires
± astreintes**

ACTIVÉS PAR LE SAMU

Cellules médico-psychologiques : Rôles

- ⌘ Organisation du secours “psychologique” à tous les niveaux (schémas types)
- ⌘ Repérer et prendre en charge les blessés psychiques (ou susceptibles de l’être), les familles
- ⌘ Mettre en place des actions immédiates (terrain), relayées par des actions à court et moyen terme coordonnées
- ⌘ Apporter un soutien aux sauveteurs (débriefing, actions individuelles)
- ⌘ Organiser la formation à l’aide psychologique

Schéma-type d'intervention



Action immédiate sur les impliqués (1)

- ⌘ Resituer dans l'univers normal
- ⌘ Favoriser une abréaction précoce dans un cadre apaisant
 - permettre une verbalisation individuelle ou en groupe afin d'en faire revivre l'expérience émotionnelle, ce qui facilite:
 - la reconnaissance du sujet comme souffrant
 - la réassurance sur ses possibilités à aménager la situation
 - la réduction d'une éventuelle culpabilité d'avoir été épargné (syndrome des survivants)
 - l'évaluation de l'impact immédiat du traumatisme, des possibilités du sujet d'y faire face
 - l'information dispensée avec clarté et précision, en fonction de la personnalité rencontrée

Action immédiate sur les impliqués (2)

- ⌘ Favoriser la prise de conscience de la normalité de ses réactions, confrontées à celles des autres
- ⌘ Réduire les tensions et les conflits de groupe
- ⌘ Diminuer les sentiments d'échec et de culpabilité
- ⌘ Mettre en garde contre les propos malencontreux (Syndrome de Stockholm)
- ⌘ Repérer les sujets fragiles
- ⌘ Prévenir de la possibilité de symptômes transitoires
- ⌘ Assurer les personnes qu'ils seront soutenus individuellement
- ⌘ Remettre note d'information
- ⌘ Mettre un point final à l'expérience

Soins post-immédiats: debriefing

- But: prendre en charge le stress secondaire à l'évènement
- Où ?
 - dans un lieu si possible proche de l'évènement, convivial et rassurant (café, salle municipale, sinon hôpital)
- Quand ?
 - dès qu'il peut être organisé dans de bonnes conditions (1-3 jours par exemple). Passé ce délai, risque de dérive dans la "fable collective"
- Avec qui ?
 - Uniquement des sujets impliqués directement dans l'évènement (pas de spectateurs, de journalistes).
 - De préférence, groupe de personnes ayant vécu les mêmes choses (\pm), groupes naturellement soudés ou ayant des intérêts communs.
 - petits groupes ++ (idéalement < 10)
 - Deux animateurs qualifiés (un meneur, un observateur)
- Comment ?
 - Les animateurs se présentent et exposent clairement les buts de la réunion
 - Être particulièrement attentif, faire circuler la parole
 - Relancer en cas de réponses "plates", favoriser les associations en veillant à ne pas être trop intrusif ("A quoi avez-vous pensé à ce moment ?")
 - Susciter la verbalisation des émotions ("Qu'avez vous éprouvé à ce moment-là ?")
 - Éviter les attitudes de compassion
 - Ne pas dédramatiser systématiquement ou minimiser
- Durée ? 1H30 à 2H environ, non fixée à l'avance

Traitement curatif

⌘ Médicamenteux

- ⌘ Antidépresseurs, plutôt sérotoninergiques
- ⌘ Anxiolytiques en appoint (fort risque de dépendance et d'abus)

⌘ Techniques cognitivo-comportementales

- ⌘ visent à modifier les comportements appris, à diminuer les conduites d'évitement
- ⌘ gestion de la peur, exposition progressive

Débriefing des sauveteurs

- ⌘ A réaliser dans les heures ou les jours de la catastrophe
- ⌘ Peut être concomittant du débriefing technique
- ⌘ Buts
 - ⌘ atténuer sentiments d'échec ou d'impuissance
 - ⌘ permettre expression des émotions- et audition - en groupe
 - ⌘ favoriser verbalisation de "l'expérience" de chacun
 - ⌘ identifier, dédramatiser, aplanir les tensions de groupe
 - ⌘ apporter une conclusion à l'évènement
 - ⌘ repérer les sujets fragilisés

Modalités d'hospitalisation en Psychiatrie

- Hospitalisation avec le consentement du malade
 - **HL: hospitalisation libre**
 - **mêmes conditions que dans un autre service hospitalier**
 - **mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux reconnus aux patients hospitalisés en général**
- Hospitalisation sans le consentement du malade
 - Loi du 27 Juin 1990 (art L. 3212 code Santé Publique) (ou L. 3212-3 pour HDT d'urgence)
 - Etablissements habilités par le préfet
 - Droit et protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux
 - **HDT : hospitalisation à la demande d'un tiers**
les troubles rendent impossible le consentement
imposent des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier
 - **HO : hospitalisation d'office, requise par le préfet**

HDT - Procédure

- trois pièces légales
 - la demande d'un tiers
 - deux certificats médicaux
- une procédure exceptionnelle
 - article L. 3212-3 (péril imminent pour la santé du malade)
 - l'admission peut se faire au vu seulement de deux documents
 - la demande du tiers
 - le deuxième certificat
- le tiers
 - est un membre de la famille ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade (proche, AS,..)
 - à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil
- La demande doit être manuscrite,
 - porter le nom, prénom, âge, domicile de la personne qui demande et ceux du patient
 - indiquer la nature des relations qui existent entre elles ainsi que s'il y a lieu leur degré de parenté
 - être signée

HDT - Le premier certificat médical

- peut être établi
 - par tout médecin libéral ou hospitalier, généraliste ou spécialiste,
 - n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade
 - n'étant pas parent ou allié au quatrième degré inclusivement,
 - ni de la personne hospitalisée,
 - ni de celle qui demande l'hospitalisation,
 - ni des directeurs des établissements d'accueil
- pour être valable, il doit
 - dater de moins de 15 jours
 - indiquer les nom, prénom et âge du malade
- Il doit
 - être descriptif: décrire les troubles constatés en termes courants
 - affirmer qu'ils “nécessitent des soins immédiats, assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier”
 - attester que les troubles ”rendent impossible le consentement du malade”
 - conclure à la “nécessité d'une hospitalisation selon les termes de la loi du 27 Juin 1990

HDT - Deuxième certificat médical

- peut être établi
 - par un deuxième médecin dans les mêmes conditions que le premier
 - par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil, à condition qu'il ne soit pas parent ou allié, au quatrième degré inclusivement
 - ni de la personne hospitalisée
 - ni de celle qui demande l'hospitalisation
 - ni des directeurs de l'établissement d'accueil
 - ni du médecin qui a rédigé le premier certificat
- est rédigé de la même façon que le premier certificat

HDT - Suivi

- la loi exige des certificats périodiques
 - dans les 24h suivant l'admission
 - avant le 15ème jour, puis tous les mois
- Ils sont rédigés par
 - un médecin qualifié en psychiatrie de l'établissement
 - qui - pour le certificat de 24h - n'a pas signé un des certificats d'admission
- Les certificats doivent
 - décrire l'état présent du malade et son évolution
 - confirmer ou infirmer la nécessité de maintenir l'hospitalisation sur la demande d'un tiers
- La levée de l'HDT est acquise
 - à la demande du tiers, le conjoint ou concubin, les ascendants ou descendants
 - dès qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions de l'hospitalisation ne sont plus réunies
 - à la demande de la "Commission départementale des hospitalisations psychiatriques"
 - si elle est ordonnée par le Préfet ou sur décision judiciaire

HO Hospitalisation d'Office

- concerne les personnes qui, à cause de troubles mentaux, compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes
- est prononcée par arrêté du Maire ou du Préfet
- a pour but de protéger et de soigner le malade, et aussi de protéger la société
- Un certificat médical
 - **est nécessaire en procédure normale**
 - **est établi par un médecin requis par les autorités auxquelles les troubles du comportement ont été signalés ou un médecin qui en prend l'initiative**
 - **affirme la dangerosité**
 - **est facultatif en procédure d'urgence**
 - où la "notoriété publique" atteste d'un danger imminent
 - **est répété en suivi à 24 h, 15 jours, 1 mois et chaque mois**