

Journée Scientifique

Le syndrome psychotraumatique chez l'intervenant

16 octobre 2008

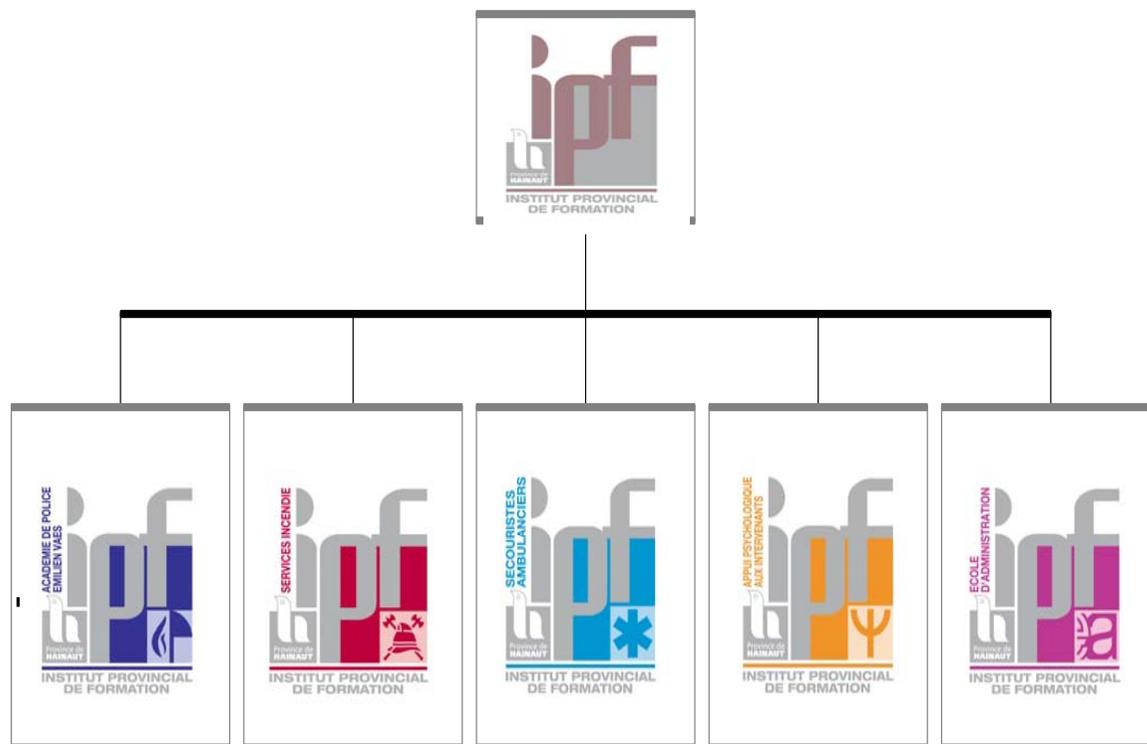
Frédéric Daubechies

Psychologue-psychothérapeute

Directeur du service d'Appui Psychologique aux Intervenants

Province de Hainaut – Institut Provincial de Formation

Organigramme IPF



L'A.P.I.



MISSIONS

Création par le Conseil Provincial du Hainaut en 1996

Principes de fonctionnement:

disponibilité 24h24, 7 jours sur 7

secret professionnel - neutralité

gratuité

Publics: total: + de 6000 intervenants

22 zones de police locale (Hainaut)

24 services incendie (Hainaut)

1 protection civile (Ghlin)

15 services d'urgences des hôpitaux

MISSIONS (2)

Composition: 2 psychologues-psychothérapeutes

1 assistant social-criminologue

1 secrétaire

Objectifs:

1) soutien psychologique

- organisation de débriefings psychologique individuels ou collectifs à la suite d'événements traumatogènes
- entretiens individuels

2005: + de 250 interventions tous publics confondus

MISSIONS (3)

Évolution des demandes

1996 - 80% propositions intervention faites par le service d'Appui Psychologique aux Intervenants

2006 - 80% interventions demandées par les services de Police et de Secours

Evolution des interventions

1996 - 30 interventions

2005 - + de 250 interventions

CADRE D'INTERVENTION

- Evènements impliquant des enfants
(accid. de la route, incendie, noyade, maltraitance, ...)
- Accidents de la route
- Interventions dangereuses
- Blessures ou mort de collègues
- Agression, blessures personnelles
- Utilisation de l'arme à feu
- Incendies avec victimes
- Suicides
- Plan catastrophe

MISSIONS (4)

2) formations

- séminaires de formation continuée (gestion du stress, de l'agressivité, des événements traumatogènes et tout autre thème à la demande)

participants issus des 3 secteurs d'intervention

En 2006, plus de 180 intervenants ont participé aux séminaires de formation continuée proposés par le service. Ceux-ci sont désormais agréés par le Ministère de l'Intérieur au niveau formation continuée des policiers ◇ valorisation barémique.

- charges de cours aux niveaux de l'école de police (cadre de base, cadre moyen, formations spécialisées, TTI, tir, ...), de l'école du feu (cadre de base, cadre moyen (en préparation)) ou encore à la Haute Ecole Provinciale section infirmiers-urgentistes

MISSIONS (5)

3) partenariat-projets

- Participation dans diverses associations (AEPSP, CEP,EUROMED,...) ou congrès
- Participation à de nouvelles recherches scientifiques en collaboration avec les universités (UMH, ULB, ERM,...) concernant le monde policier ou des services de secours

Exemples:

- impact catastrophe Ghislenghien
- recherche en cours: évaluation d'une méthode de préparation à la tâche recourant à l'hypnose et à l'autohypnose en situation expérimentale.
- suivi de mémoires en psychologie abordant le monde policier et des services de secours
- conférences, congrès, séminaires pour d'autres publics (enseignants, travailleurs sociaux, ...) en collaboration avec l'Ecole d'Administration de l'Institut provincial de Formation.

RECHERCHE EN COURS

« La gestion du stress chez les aspirants
Inspecteur de Police- Evaluation d'une
méthode de préparation à la tâche
recourant à l'hypnose et l'autohypnose »

Doctorant : Frédéric Daubechies

Recherche dirigée par le Professeur Razavi (ULB)

Experience Dr wright(usa)

Patients attribués au hasard ambulanciers formés ou non(utilisation hypnose en situation de crise)

Rés.:équipes formées à donner suggestions positives ont signific. Moins de décès en cours de transport et période convalescence patient plus courte.

-indications pour recherches futures

- **Approche du concept d'état de stress post-traumatique**
- **Evolution et définitions, diagnostic**

Critères diagnostiques . Etat de stress post-traumatique (DSM IV)

A) le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

1. le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.

2. la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.
(NB : chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.)

B) L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une ou de plusieurs des façons suivantes :

1. souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. (NB chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.)

2. rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. (N.B. chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.)

3. impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication). (NB : chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.)

4. sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.

5. réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C) évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes :

1. efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associées au traumatisme.
2. efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
3. incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.
4. réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
5. sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
6. restriction des affects (par ex. incapacité à éprouver des sentiments tendres).
7. sentiment d'avenir « bouché » (par ex. penser ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D) présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux de ces manifestations suivantes :

1. difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
2. irritabilité ou accès de colère
3. difficultés de concentration
4. Hypervigilance
5. réaction de sursaut exagérée

E) la perturbation (symptômes des critères B,C et D) dure plus d'un mois.

F) la perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Différences ESPT/ESA

La première différence tient au fait que le diagnostic d'ESA ne peut être posé qu'au cours du mois qui suit l'événement. Si les symptômes post traumatiques persistent plus d'un mois, il s'agira d'envisager le diagnostic d'ESPT (Harvey&Bryant, 1998).

La seconde différence renvoie au fait que le diagnostic d'ESA requiert que l'individu ait présenté, durant l'événement ou après l'avoir vécu, au moins trois symptômes dissociatifs alors que le diagnostic d'ESPT n'inclut aucun cluster relatif à de tels symptômes (Harvey&Bryant, 1998).

Prévalence ESPT

Entre 1 et 9% dans la population générale

Ne dépend pas de l'âge

Deux fois plus chez les femmes que chez les hommes

→ ESPT = 4^{ème} trouble psychiatrique et le plus fréquent

→ comorbidité → les individus avec ESPT ont 2 à 4 fois plus de risques de développer une dépression majeure, un autre trouble anxieux ou un abus de substances.

Diverses études belges ont mis en évidence les situations les plus marquantes pour les intervenants de l'urgence.

a) Jacquart :

8 infirmiers sur 34 (24%) présentent un risque élevé de ESPT

- les infirmiers commencent leur carrière professionnelle avec des scores d'ESPT moyens ou élevés (→ années d'études ?)

Résultats

Incidence relative à des situations traumatiques

De manière décroissante

Enfants – membres famille – polytraumas – brûlés – SAMU – violence – déplacements SAMU – réa en salle – foule – suicides – morgue – autres

b) Druart :

Après une grosse urgence que faites-vous en premier lieu ?

27% ranger
19% parler
12% pas le temps
9% rien
7% fumer
1% isoler

Seriez-vous prêt à participer à un groupe de parole animé par un psychologue après une grosse situation d'urgence ?

72% oui
20% non
8% non répondu

c) Etude De Clercq et coll

16/02/1990 : attentat à la bombe – auditoire UCL

4 ans plus tard : 13,3% des intervenants présentent un PTSD. Ces résultats rejoignent les études de Raphaël (1989) qui trouve 30% de perturbations psychologiques graves chez les sauveteurs un an après une catastrophe de chemin de fer. Mac Farlane (1988), lui, montre que, parmi 50 pompiers ayant combattu un incendie grave, 8 présentaient après 3 ans un état de stress post-traumatique précis ou « border-line ».

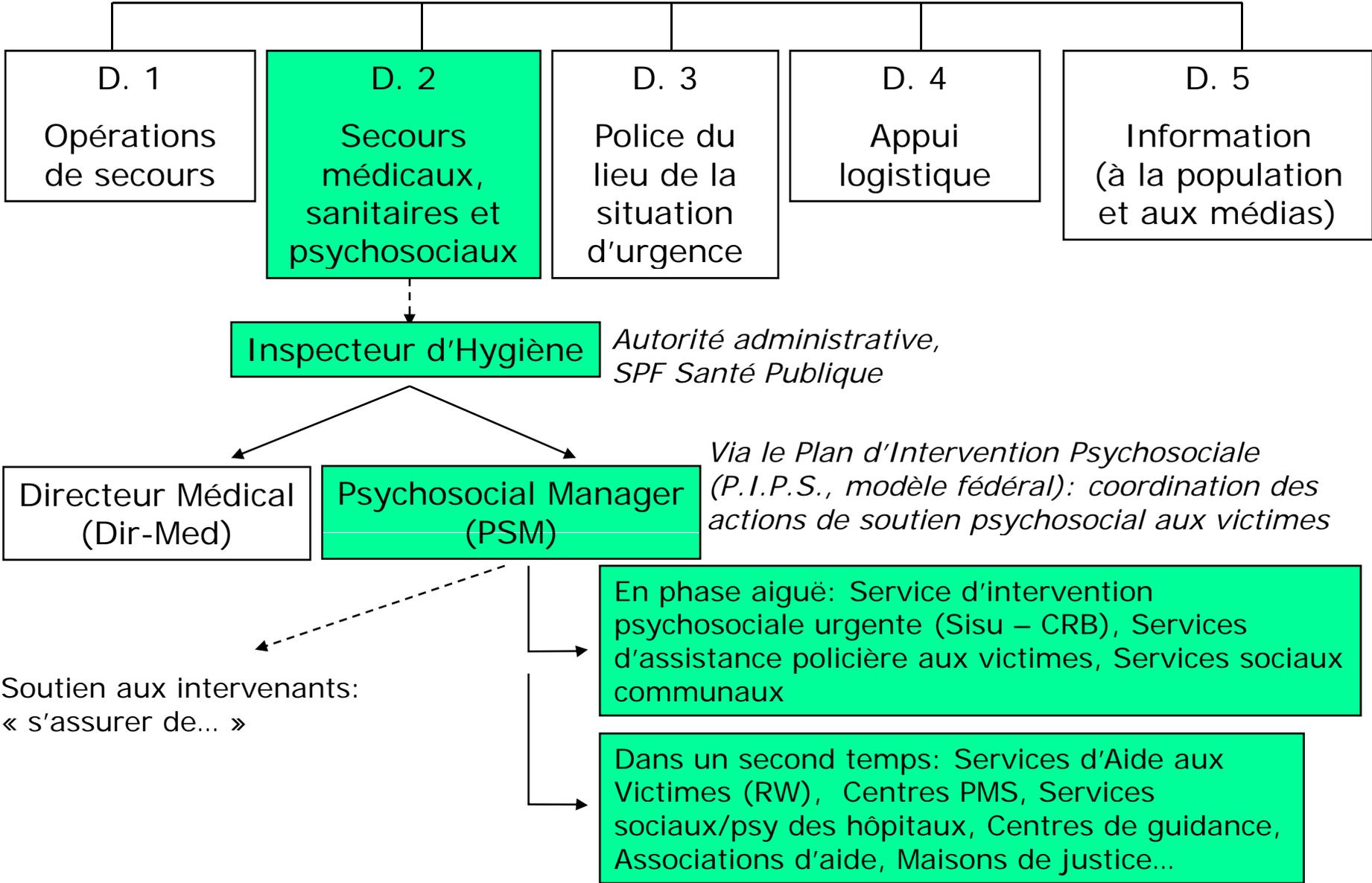
-

d) Ghislenghien

30/07/2004 – De Soir (ERM)– Daubechies (A.P.I.) – Zech (UCL)



Organisation des secours en situation d'urgence collective





**SCÈNES
TERRIBLES, COMME
PENDANT UNE
GUERRE OU APRÈS
UN ATTENTAT**

