

IFSI VINATIER
6-01-26

L'urgence médico-psychologique

La CUMP
Approche clinique du stress et du trauma
Principes de prise en charge



SAMU - CUMP 69
Hôpital Edouard Herriot
Hospices Civils de Lyon



Rémy Darbon – IDE
remy.darbon@chu-lyon.fr

L'urgence médico-psychologique

- Prendre en charge les blessés psychiques (exposés, familles, intervenants...) au même titre que les blessés physiques dès la survenue de l'évènement
- Limiter les conséquences psychopathologiques de l'évènement à moyen et long terme
- Dispositif CUMP créé en 1997 sur le territoire national, reconnu de santé publique en 2013
- Présent dans chaque département, rattaché au SAMU, totalement intégré à l'aide médicale urgente
- Comportant des professionnels psychiatres, psychologues, infirmiers permanents et volontaires



Evénement à fort retentissement psychologique, catastrophes, ... dimension macrosociale

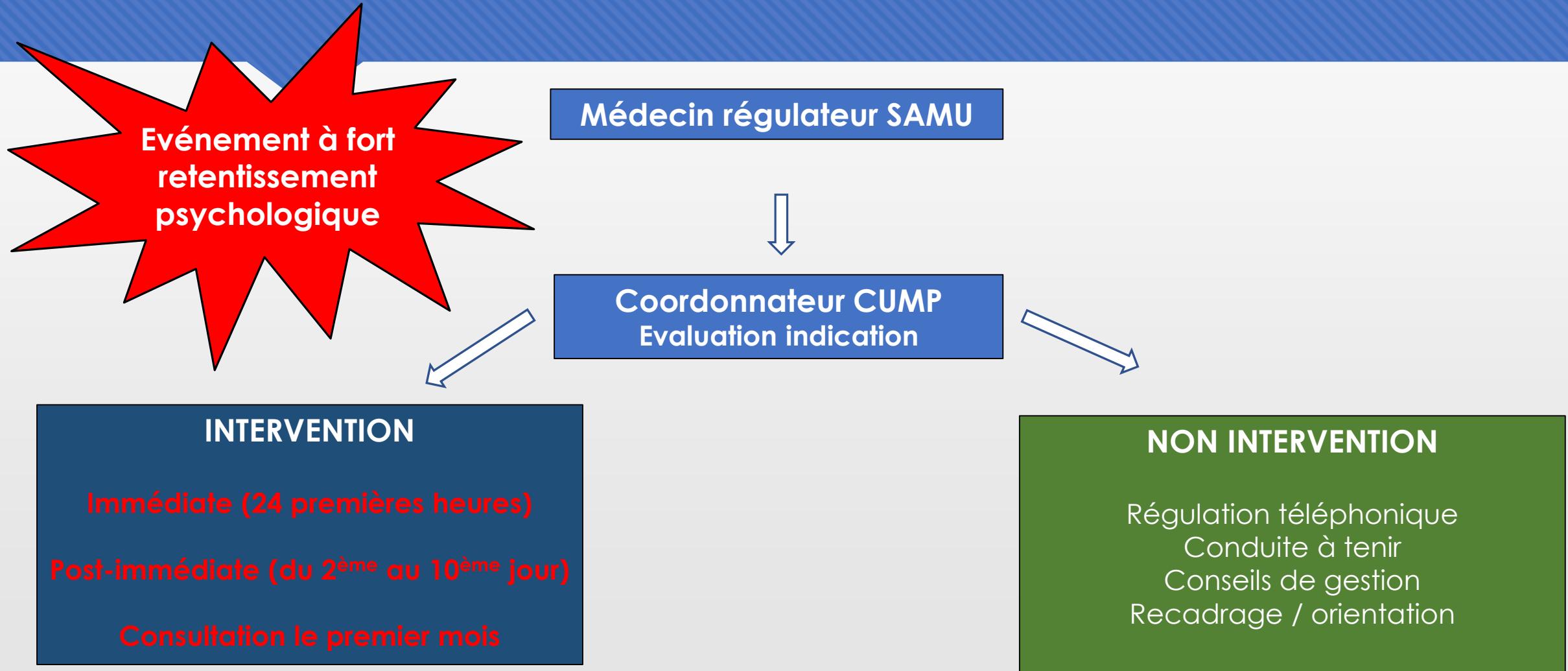


- Plan de secours :
ORSEC, ...

... dimension microsociale



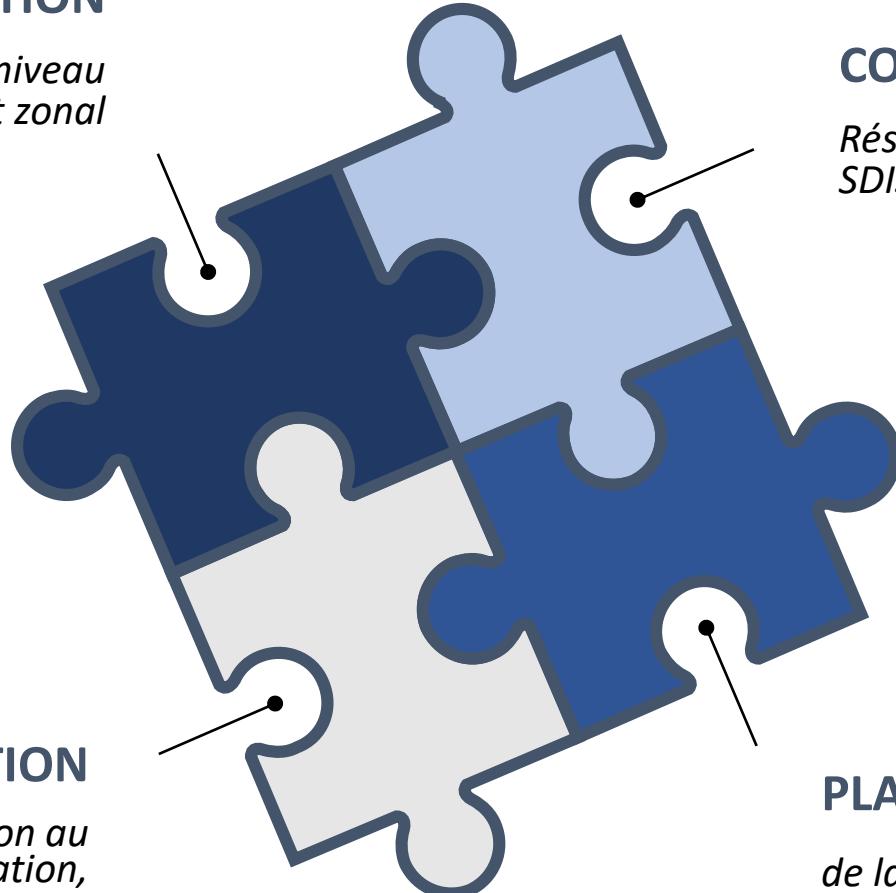
Modalités d'intervention de la CUMP



Au-delà de l'intervention ...

ANIMATION

Réseau des volontaires au niveau départemental, régional et zonal



FORMATION

Formation et sensibilisation au psychotraumatisme : repérage, évaluation, prise en charge ...

COORDINATION

Réseau santé, justice, éducation nationale, SDIS, police, AASC, partenaires ...

PLANIFICATION ET PRÉPARATION

de la réponse aux SSE, participation aux exercices de médecine de catastrophe

Non-indication d'activation de la CUMP

- Dans les problèmes de **violence sociétale**, mouvements de revendication ou négociations
- Pour des **cas individuels**
- En cas **d'urgence psychiatrique**
- En préventif, dans la crainte de la survenue d'un EPT
- En cas de mort inattendue du nourrisson
- Sans lien avec les institutions ou les décideurs
- A la place d'institutions défaillantes

La clinique du stress et du trauma

Notion d'événement potentiellement traumatique

- **Caractérisé par sa brutalité, l'effet de surprise et l'état d'impréparation du sujet**
- **Confronte** le sujet directement ou indirectement **à la mort**
- Réaction marquée par **la peur**, un sentiment d'horreur et d'impuissance
- Est générateur de **stress**, différent des stresseurs quotidiens et de l'expérience humaine habituelle
- **Facteur étiologique indispensable** dans le déclenchement d'un TSPT
- Le **vécu subjectif** de l'événement va, pour un sujet donné, être déterminant



Epidémiologie du TSPT (1)

- **Prévalence**
 - **EPT** : en moyenne 70% de la population (Shalev et al. NEJM, 2017)
 - **TSA/TSPT** :
 - Prévalence vie entière : USA : 5 à 6% des Hommes, 10 à 14% des Femmes ; UE 1 à 3% de la population (ESEMeD 2004)
 - Sauveteurs post-attentat du Bataclan : 3% de TSPT, 14 % \geq 1 trouble anxieux (étude IMPACT, 2016)
 - **TSPT** : 2 fois plus fréquent chez les femmes (Yehuda and al, Nature, 2015)

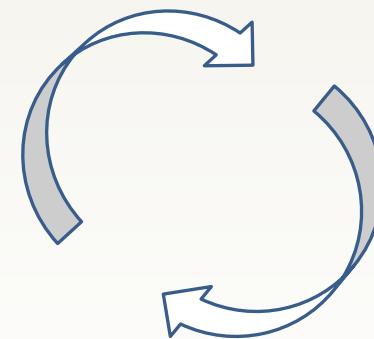
Facteurs de risque du TSPT

- **Liés au sujet**

- Sexe féminin, âge jeune
- Antécédents psychiatriques
- Niveau socio-économique et éducationnel bas
- Isolement social
- Stress quotidien

- **Liés à l'environnement**

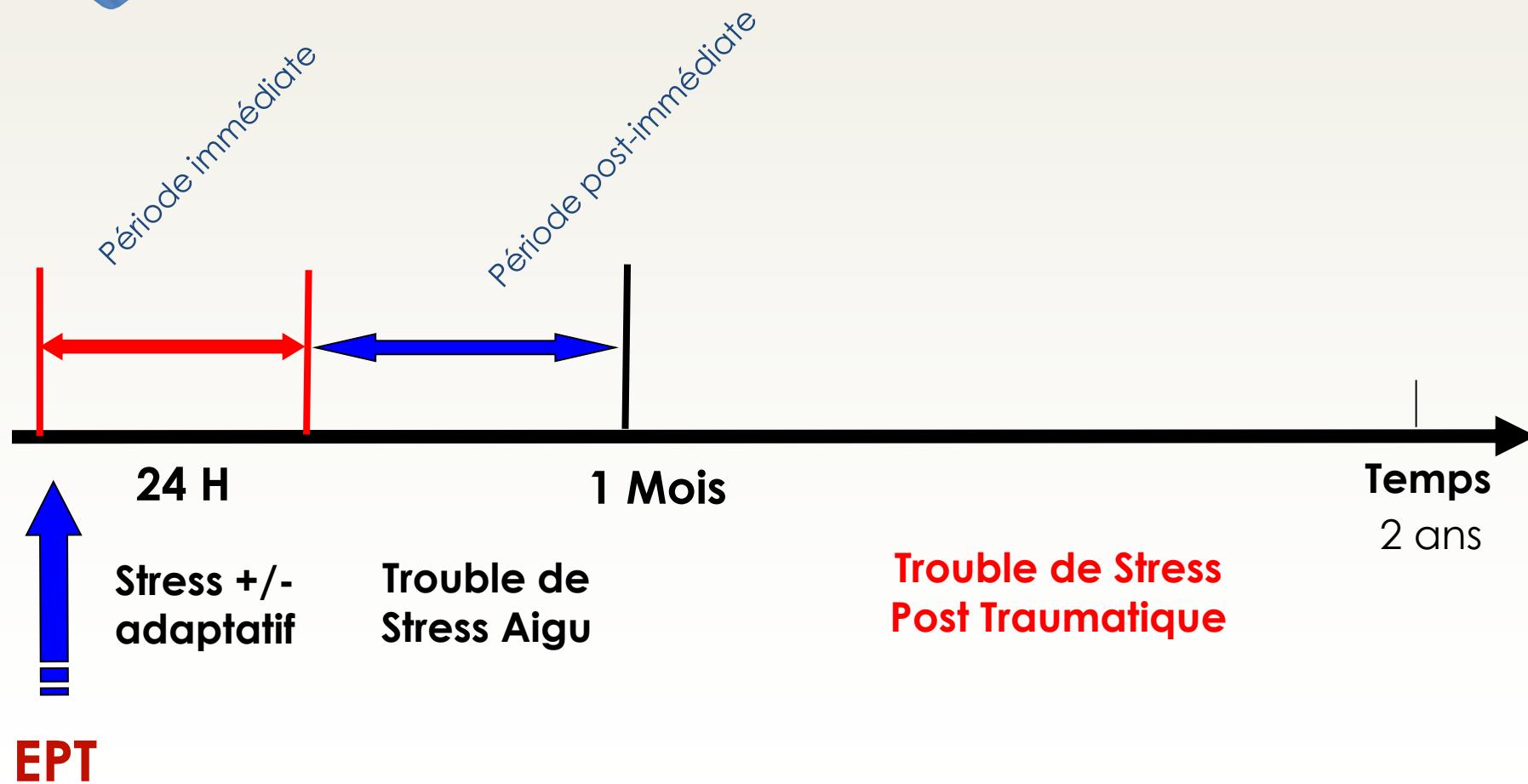
- Intentionnalité humaine
- Menace vitale
- Mort ou atteinte grave d'un proche
- Blessures physiques
- Nombre de morts



- **Liés à la réaction immédiate**

- Stress dépassé / dissociation: intensité et durée
- Retard ou absence de prise en charge post-événement

La temporalité



Le stress



Les réactions immédiates : le stress adapté (1)

- Réaction biophysiolique et psychologique **d'alarme, de mobilisation et de défense** de l'individu face à une menace.
- Réflexe, utile, salvatrice, de durée brève.
- **Mobilisation bio-physiologique:**
 - augmentation de la glycémie, de la TA, du pouls,
 - fuite de la masse sanguine de la périphérie vers les organes centraux,
 - état d'alerte

Les réactions immédiates : Le stress adapté (2)

- **Mobilisation ressources cognitives et motrices**
 - **focalisation de l'attention** sur le danger, éveil,
 - chasse les idées en cours, **mobilisation de l'énergie**,
 - **incitation à l'action**, choix de la « bonne solution »
- **S'effectue dans un climat de tension psychique important:**
 - **cognitif**: surprise, irréalité, doute
 - **émotionnel et affectif**: peur, frayeur, sentiment d'impuissance, de perte de contrôle



Les réactions immédiates : le stress adapté (3)

- **Réaction coûteuse en énergie**
 - Se termine par une sensation d'épuisement physique et/ou de soulagement
 - **Le post-stress immédiat**
 - Décharges émotives: pleurs, asthénie, cris, agitation, agressivité
 - Décharges neurovégétatives: tremblements, vomissements, débâcle urinaire et intestinale
- **« Capital épisable »**

Les réactions immédiates : le stress dépassé

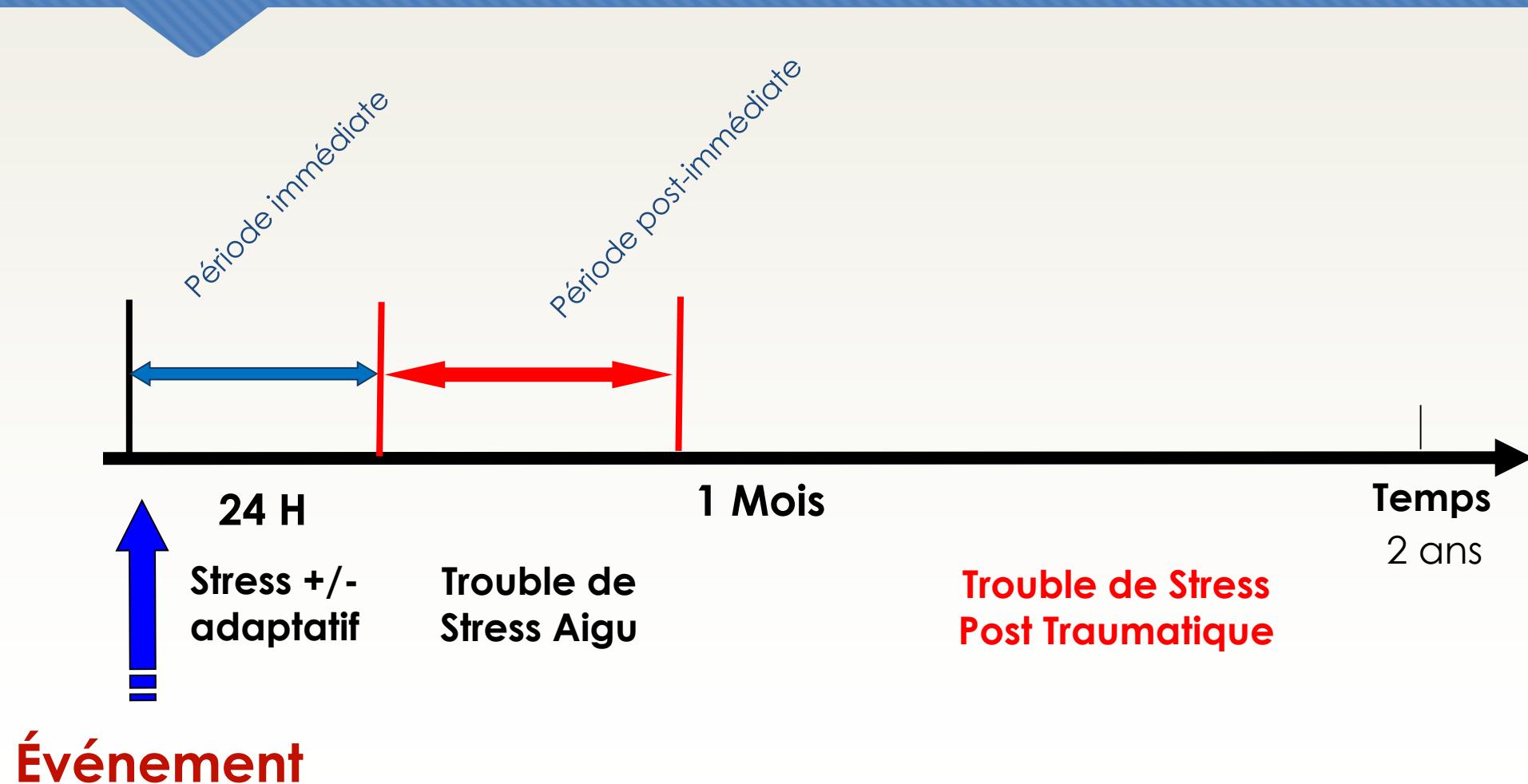
- Lié à un stress d'emblée trop intense, ou prolongé ou répété
- Se manifeste par des **réactions inadaptatives qui traduisent la désorganisation psychique**
 - sidération
 - agitation
 - fuite panique
 - actes automatiques
- **Au niveau psychique** : pendant et/ou immédiatement après l'événement:
 - détachement, absence de réactivité émotionnelle
 - Altération de la perception du temps, des lieux, des personnes
 - déréalisation, dépersonnalisation, amnésie, vécu d'irréalité

Facteur prédictif trauma +++

Les réactions immédiates particulières

- **Décompensation d'états préexistants**
 - **névrotiques:** trouble anxieux, phobique, ...
 - **psychotiques:** syndrome délirant, réaction maniaque, ...
 - **troubles de la personnalité...**

La temporalité



La période post-immédiate

Du 2^{ème} au 30^{ème} jour

- **Ruminations concernant l'événement:** troubles mnésiques, sentiment de détachement...
- **Symptômes anxieux +++:** appréhension, sentiment d'insécurité, accès d'angoisse...
- **Symptômes dépressifs:** inhibition, tristesse ...
- **Souffrance avec retentissement significatif**
- **+/- Symptômes psychotraumatiques spécifiques:** Etat de Stress Aigu (Classification DSM-5)

Les troubles chroniques (1)

Le trouble de stress post traumatique à partir du 30^{ème} jour

- **Troubles spécifiques**
 - **Syndrome de répétition:** reviviscence diurne, cauchemars ...
 - **Hyperactivité neurovégétative:** sursauts, difficultés d'endormissement, de concentration, état d'alerte, irritabilité...
 - **Conduites d'évitement:** pensées, lieux, sentiments, activités, personnes, conduites phobiques...
 - **Détachement:** indifférence, perte d'intérêt, sentiment d'avenir bouché, troubles relationnels...

Complications, comorbidités du TSPT

- **Troubles anxieux:** phobies spécifiques, anxiété généralisée.
- **Troubles de l'humeur:** dépression dans 30 à 60 % des cas.
- **Abus de substances:** addiction à l'alcool dans 24 % des cas.
- **Troubles somatoformes:** algies chroniques, pathologies cardiovasculaires, endocriniennes, respiratoires, neurologiques, digestives...

Principes de prise en charge des victimes

L'INTERVENTION IMMEDIATE (24 premières heures)

- **Sur le lieu même de l'événement** : Poste d'Urgence Médico-Psychologique
- **Gestion de « crise »** +++
- **Tri des impliqués**
- **Interventions cliniques**
- **Orientation** selon leur état

*Réduire la charge émotionnelle,
ré-humaniser la scène de secours,
favoriser un espace de pensée*



PRINCIPES DE PRISES EN CHARGE

Stress adapté

Contact relationnel préservé

- Ecouter le sujet pour comprendre ce qui lui est arrivé
- Attitude empathique
- Savoir supporter la détresse et la charge émotionnelle
- Anxiolyse légère possible
- Orientation vers soutien familiaux et/ou médecin traitant
- Eventuellement cs psychotrauma

Stress dépassé

Trouble du contact

- Pas de confrontation à l'événement par le récit
- Assurer besoins primaires (antalgiques, boissons, ...)
- Anxiolyse légère possible
- +/- orientation services d'urgences
- Orientation consultation spécialisée du psychotraumatisme

Réactions particulières

Décompensation

- Traitement idem psychiatrie d'urgence

Outils de soins



- **Les équipements logistiques et médicaux nécessaires à la prise en charge des victimes**
 - Documents nationaux: fiche clinique, certificat initial de retentissement psychologique, note d'information
 - Traitement médicamenteux, matériel pour des soins, outils de surveillance des constantes
 - Ordinateur portable, clé 4G pour utilisation du logiciel SI-VIC pour la traçabilité des victimes
 - Moyens de communication pour être en lien avec la régulation médicale du SAMU

Attitude de soutien spécifique

- Attitude empathique et authentique, reconnaître la souffrance ressentie
- Questions centrées sur l'évènement (sauf stress dépassé) : **se faire une « représentation » rapide mais complète de la situation**
- Ecoute, reformulations
- Rassurer en apportant des éléments factuels, informatifs simples
- Ne pas anticiper, situer la personne dans « l'ici et maintenant »
- Ne pas se diluer dans une écoute répétitive et stérile

Attitude de soutien spécifique

- Pas de déculpabilisation, de dédramatisation, de solution inventive
- Ne pas enjoindre de ne pas ressentir, attention au « je comprends »...
- Explication courte
- Supporter parfois une certaine dose d'agressivité : ton posé, baisser le ton de la voix, ne pas rompre le contact relationnel
- Proposer de l'aide, modestement et dans son rôle
- Orienter la personne sur des soutiens familiaux, amicaux



SAMU CUMP 69
04 72 11 63 87

MERCI

remy.darbon@chu-lyon.fr



04 72 11 63 96