Création d'une consultation spécialisée dans la prise en charge de traumatisme psychique au sein d'un Hôpital d'instruction des armées.

E. Soupizet, L. Caillet.

Résumé

Dans son rôle de soutien des forces, mais également investi depuis plusieurs années dans le réseau de l'urgence médicopsychologique du Finistère, le service de psychiatrie de l'Hôpital d'instruction des armées Clermont-Tonnerre bénéficie d'une expérience reconnue dans ce domaine. Sur cette base, un groupe de travail s'est constitué avec les acteurs civils et militaires de l'urgence et du sauvetage en mer, pour formaliser une consultation spécialisée en psychotraumatisme qui puisse mieux répondre aux besoins identifiés et valoriser cette activité pour l'hôpital. Mise en place depuis quelques mois, cette consultation permet un accueil rapide de victimes d'événements graves, qui privilégie une régulation médicale au niveau du SAMU. Ce dispositif est associé à une action de sensibilisation et de formation sur le traumatisme psychique et sa prise en charge au profit des différents acteurs du département. Les auteurs en présentent un premier bilan.

Mots-clés : Consultation spécialisée. Stress post-traumatique. Urgence médico-psychologique.

Abstract

A CONSULTATION SPECIALIZED IN TAKING OVER PSYCHICAL TRAUMAS INSIDE A MILITARY HOSPITAL HAS BEEN CREATED.

The psychiatric Department of the Military Hospital Clermont-Tonnerre has been designed to support military forces but it also has been involved for many years in medical and psychological emergency in the French Region "Finistère" and as such it is regarded as having experience in that field. Basing on this a working party has been set up with military and civilian people in charge of emergency cases and sea rescue to give a frame to consulting specialized in psycho-traumatism that better could meet the identified needs and enhance the value of this occupation in the hospital. This consulting service has been set up for some months and makes it possible to quickly deal with victims of serious events by giving greater room to the mobile emergency medical service (SAMU in French). This plan is associated with an awareness and training program aimed at the people working in the field of psychological traumatism and on how to deal with it. The authors are going to present the first assessment of that program.

Keywords: Medico-psychological emergency. Post-traumatic stress disorders. Specialized consultation.

Introduction.

Le service de psychiatrie de l'Hôpital d'instruction des armées (HIA) Clermont-Tonnerre est historiquement impliqué dans le réseau de l'urgence médico-psychologique, tout d'abord dans sa mission de soutien des forces sur la région militaire, mais aussi dans ses missions de service public sur le département du Finistère avec sa participation à la Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP 29) depuis ses origines.

À la différence des grandes agglomérations régionales ayant une cellule d'urgence médico-psychologique permanente ou semi-permanente, les bassins de population de densité modérée ne disposent pas d'équipe dédiée à la prise en charge de victimes d'événements potentiellement traumatiques ; en effet, la mobilisation des professionnels volontaires du réseau n'a lieu qu'en cas de catastrophe et les prises en charge à titre individuelles sont orientées vers les services d'urgence.

Le constat d'un maillon manquant dans l'offre de soins au profit de personnes victimes d'événements

E. SOUPIZET, capitaine, psychologue clinicien. L. CAILLET, médecin en chef, praticien certifié.

Correspondance : E. SOUPIZET, service de psychiatrie, HIA Clermont-Tonnerre, CC 41 – 29240 Brest Cedex 9.

potentiellement traumatiques est donc à l'origine du projet de création d'une consultation spécialisée en psychotraumatisme.

Ce projet s'inscrit dans une démarche plus large d'amélioration de l'organisation des soins et de coopération entre le CHU de Brest et l'HIA Clermont-Tonnerre, sous l'égide de l'Agence régionale hospitalière et de la sous-direction Hôpitaux de la DCSSA.

Nous en exposerons les aspects historiques et fonctionnels avant d'illustrer notre propos par une situation clinique.

Aspects historiques.

L'état des lieux initial.

Nous présenterons successivement les différents aspects du soutien médico-psychologique dans lesquels le service de psychiatrie de l'HIA Clermont-Tonnerre est impliqué.

Le soutien des forces pour la Région Ouest.

Les ressortissants du ministère de la Défense représentent un effectif conséquent et diversifié : Marine nationale (Bases navales, Force d'action navale, aéronautique navale et Force océanique stratégique), Régiments de l'armée de Terre, unités de Gendarmerie, écoles militaires et plus modestement l'armée de l'Air. Les médecins d'unité demeurent les interlocuteurs privilégiés et les sentinelles de situations potentiellement traumatiques ou de militaires souffrant d'état de stress post-traumatique. Il n'est pas exceptionnel non plus que d'anciens médecins du corps, rencontrant d'anciens militaires, mettent en évidence des névroses traumatiques et nous les adressent. Une coopération avec les services de psychologie appliquée et d'hygiène mentale de la Marine de Brest, Lorient ou Cherbourg, ainsi qu'avec la cellule de soutien psychologique de la Gendarmerie est régulièrement mise en œuvre dans l'organisation d'interventions ponctuelles dans les suites de décès accidentels, en opération ou de suicide en unité, etc.

Le réseau de l'urgence médico-psychologique du Finistère.

La population du Finistère étant inférieure à un million de personnes, le département ne bénéficie pas d'une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) permanente (1).

Une cellule d'urgence médico-psychologique est composée de volontaires des différents hôpitaux d'un département (psychiatres, psychologues et infirmiers), activée par la préfecture et le SAMU en cas de catastrophe. Elle est une unité fonctionnelle du SAMU et bénéficie de son support technique et logistique. Plusieurs personnels du service de psychiatrie de l'HIA appartiennent à cette liste de volontaires dans le cadre d'une convention, et en assurent régulièrement les fonctions de référents.

Des personnels du service ont ainsi participé à différents déploiements de la CUMP 29 (mouvement de foule avec plusieurs morts lors d'une soirée étudiante à Brest en 2002, crash d'un avion à l'aéroport de Guipavas en juin 2003 faisant un mort et cinq blessés, noyade d'un enfant sous les yeux de ses amis en octobre 2007, incident aérien en juillet 2009…).

Le trauma individuel.

Le réseau associatif de victimologie est peu développé dans le Finistère. Par conséquent, les sujets confrontés à un événement potentiellement traumatique sont orientés vers leur médecin traitant ou les services d'urgences (médicales ou psychiatriques) dans les meilleurs des cas, ou livrés aux aléas du trauma avant de pouvoir éventuellement bénéficier d'une prise en charge spécialisée plus tardive. Ce manque dû à l'absence de CUMP permanente, et l'implication notoire du service de psychiatrie de l'HIA Clermont Tonnerre dans ces prises en charge ont favorisé l'orientation privilégiée vers l'HIA, en urgence comme en différé, de victimes d'événements potentiellement traumatiques (braquages, agressions, accidents mortels, naufrages…).

De même, des équipes de secours ont pu prendre contact avec le service pour bénéficier d'un débriefing psychologique suite à des interventions particulièrement difficiles : décès d'enfants, menace par arme à feu d'une équipe SMUR lors d'une opération de secours, sauveteurs de la SNSM suite au décès d'un homme par noyade…

De la réflexion à une première proposition.

Endiguer l'horreur au plus tôt.

La rencontre avec les équipes du SAMU 29 à l'occasion d'une réunion sur l'organisation de la CUMP 29 a permis de mesurer l'attente et les besoins des services médicaux. Les situations individuelles, au même titre que les catastrophes peuvent être source de désorganisation psychique et faire le lit du trauma. Les équipes d'intervention sont seules pour recevoir et canaliser cette souffrance (de l'entourage, des endeuillés, des témoins…). Au-delà de la technique ils perçoivent la désorganisation psychique engendrée par ces événements.

En septembre 2008, à l'initiative des acteurs de l'urgence médicopsychologique un groupe de travail est constitué associant les services de sécurité (Police et Gendarmerie), de secours d'urgence (pompiers, secours en mer, CROSS, sécurité civile et aéronautique navale), de médecine générale (médecine du travail et de ville) et les structures hospitalières (CHU et HIA). L'objectif de ce groupe de travail, piloté par un psychologue de l'HIA et un praticien hospitalier urgentiste du SAMU 29, était de préciser l'intérêt de cette consultation et en définir les modalités de fonctionnement.

En réponse aux différentes attentes, cette consultation a permis d'identifier un interlocuteur pour organiser un accueil simple et rapide aux sujets ayant été victimes d'un événement potentiellement traumatique, tout en limitant les risques de dérive ou les sollicitations inadaptées.

Définition du traumatisme et identification de la pathologie.

Parce que le terme de traumatisme est galvaudé, des situations peuvent être identifiées comme « traumatisantes » sans pour autant relever du trauma psychique (Exemple : harcèlement moral, suicide en entreprise…). De nombreux échanges ont été utiles pour cerner les différences entre le stress, le deuil, le trauma…

Dans le même esprit, une journée destinée aux professionnels a été organisée en septembre 2009, réunissant les différents partenaires de l'urgence du Finistère.

Identification des interlocuteurs.

L'ouverture d'une consultation spécialisée au sein de l'HIA CT est donc retenue, animée par une psychologue avec l'appui des psychiatres du service.

La connaissance des réseaux de soin est une nécessité pour savoir réorienter les demandes en fonction des contraintes qu'elles soient géographiques ou liées à une problématique plus spécifique (Postvention du suicide, prises en charge pédiatrique…). L'offre proposée par la CSPT se veut complémentaire et non comme un substitut aux intervenants naturels.

Aspects fonctionnels.

Régulation médicale.

La décision d'une régulation préférentiellement médicale vers la Consultation spécialisée de psychotraumatisme (CSPT) a rapidement fait consensus pour cibler les demandes relatives à l'urgence.

Mode de fonctionnement.

Lorsque le médecin régulateur du SAMU identifie des sujets potentiellement traumatisés par une situation, il prend contact avec le référent CUMP d'astreinte, qui s'assure de la pertinence de l'orientation vers la CSPT et organise les modalités d'accueil des intéressés.

Les intervenants des secours et des soins remettent alors une fiche d'information destinée aux victimes en leur proposant de bénéficier d'une prise en charge spécialisée en post-immédiat, ou en différé à leur initiative.

À titre d'exemple : une famille ayant assisté au suicide par précipitation d'un pont d'une jeune femme a été adressée par l'équipe de secours en mer effectuant les recherches.

L'accueil de victimes d'événement potentiellement traumatique se veut le plus rapide possible (moins de 24 heures) le plus facilement possible (démarches administratives allégées) le plus confortablement possible (bureau de consultation et non aux urgences).

La prise en charge initiée, qu'elle soit en urgence ou bien en différé se prolonge le temps nécessaire. Dans la plupart des cas en trois consultations les manifestations associées au stress aigu s'amendent. Pour les suivis qui s'inscrivent dans le temps et dont le travail psychologique s'oriente vers une dimension plus classique, une réorientation vers un thérapeute est toute naturelle.

Premier bilan d'activité.

En décembre 2009 les consultations réalisées dans le cadre de la CSPT sont au nombre de 120, au profit de 48 patients (période de juin 2009 à novembre 2009) (fig. 1-3).

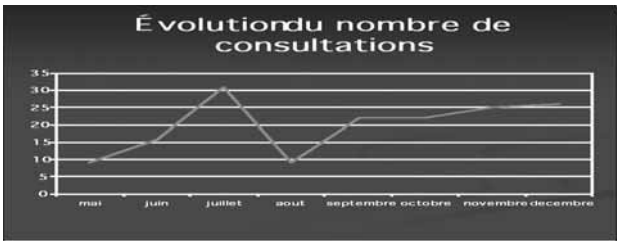


Figure 1. Évolution du nombre de consultations.

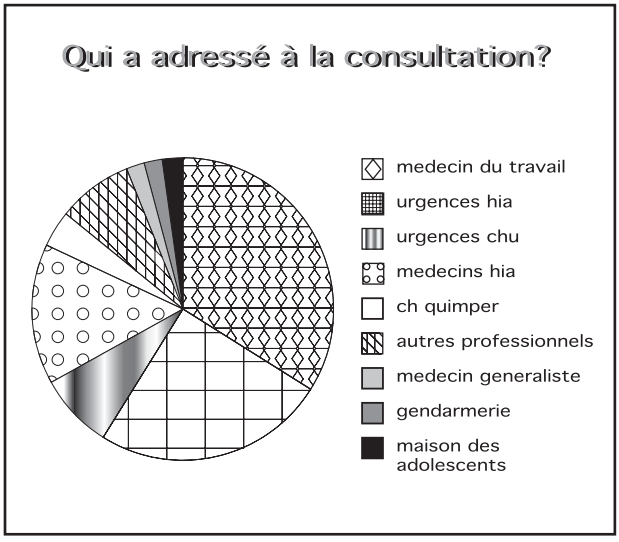


Figure 2. Qui a adressé à la consultation ?

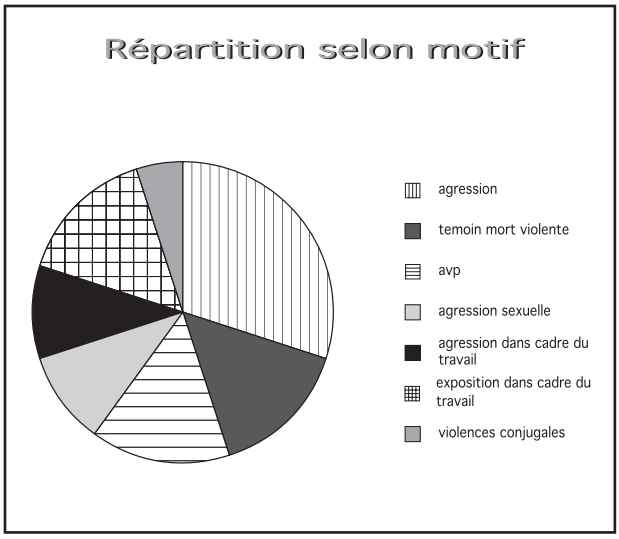


Figure 3. Répartition par motif.

L'évolution du nombre des consultations est croissante. Cette augmentation, en urgence notamment, confirme le besoin déterminant d'un lieu pouvant recevoir rapidement les victimes d'événement potentiellement traumatique. Il s'agit majoritairement de suivis à la demande de la médecine du travail (médecin d'unité compris). En moyenne les patients bénéficient de trois consultations.

Si la majorité des consultations fait suite à une agression, les sujets victimes d'accident de la circulation ou les témoins de mort violente ont présenté des formes particulièrement sévères.

Aspects administratifs et économiques.

La démarche de valorisation de cette activité rencontre malgré tout des résistances. En effet, l'informatisation des actes ne rend compte que des consultations réalisées par la psychologue.

Les psychiatres, comme les infirmiers ne peuvent effectuer qu'une cotation classique.

Ces consultations sont actuellement gratuites. Pour pouvoir être reconnues ou comptabilisées dans le cadre des MIGAC (mission d'intérêt général et aide à la contractualisation), elles doivent faire l'objet d'une déclaration annuelle, définissant le montant de la compensation allouée l'année suivante (2).

Aspects cliniques.

Nous proposerons d'illustrer ce fonctionnement par une vignette clinique en soulignant brièvement deux aspects singuliers de ce type de prise en charge, portant sur la demande de soin et la temporalité.

Premièrement, c'est du fait de leur expérience qui les confronte un moment au réel de la mort, expérience de l'ordre de l'indicible, que ces sujets se voient proposer une consultation sans attendre qu'une demande ou une plainte vienne de leur part.

Un soir, le psychiatre d'astreinte est sollicité par les urgences psychiatriques du CHU pour recevoir trois personnes qui viennent d'être agressées. Ces personnes arrivent avec toute la charge sensorielle et émotionnelle de l'expérience qui dure encore, et qu'elles relatent dans un discours qui peine à s'organiser. Alors qu'elles avaient convenu d'un rendez-vous pour une transaction de voiture, elles se trouvent entourés d'un groupe de jeunes, dont l'un armé d'un pistolet vise alternativement deux des victimes au visage assez longuement, menaçant l'une des filles de la violer, avant de les laisser prendre la fuite tout en tirant sur leur véhicule en les poursuivant. Après cette course poursuite, elles se présentent à la Gendarmerie du bourg où elles seront longuement entendues et leur voiture expertisée sur un plan balistique. On leur demande ensuite un certificat médical pour enregistrer leur plainte.

C'est donc suite à une demande de plainte qu'elles se présentent, leur demande étant que ça s'arrête. L'expérience vécue était que leur vie d'un seul coup ne leur appartenait plus, que plusieurs d'entre elles allaient mourir, imaginant ceux qui vivraient sans elles, « on se croyait comme dans un film ». La plus âgée du groupe exprime qu'elle se sent déjà condamnée à vivre avec l'image de son agresseur à ses cotés. « Il est là, je le sens à coté avec son gun… il est entré dans ma tête, je ne pourrais plus jamais être seule ». Le sentiment d'insécurité est permanent, avec la conscience que sa vie pouvait dépendre de n'importe qui, n'importe quand, et surtout, que leurs agresseurs allaient revenir pour se venger de leur plainte, « ils sont capables de tout ». On retrouvait pour deux d'entre elles un vécu d'exposition à la mort, avec des symptômes de dissociation péritraumatique : déréalisation, focalisation de l'attention sur certains éléments de la scène, amnésie de certains autres, angoisse intense, sentiment d'impuissance.

Après l'entretien de groupe, chacune est vue individuellement afin de bénéficier d'une proposition de traitement anxiolytique et hypnotique en si besoin, et d'établir un certificat médical initial constatant un état de stress aiguë avec une ITT supérieure à 8 jours pour deux des sujets. Elles seront revues à une semaine et à quinze jours. On notera alors avec une variabilité interindividuelle, la persistance d'une symptomatologie anxieuse majeure à une semaine avec des troubles du sommeil, une hyper vigilance, des comportements phobiques. À la deuxième semaine, toujours avec une variabilité interindividuelle, on note une persistance des symptômes anxieux de modérés à sévères, mais qui globalement se sont améliorés pour toutes.

Le deuxième aspect que nous soulignerons tient à l'expérience de la temporalité dans l'événement et ses suites. Les altérations de la perception du temps sont décrites dans le tableau de dissociation péritraumatique avec des sensations d'allongement de la durée, ou au contraire d'accélération et de condensation de la mémoire. Au décours de l'événement, on notera souvent une rupture de l'écoulement du temps avec un sentiment d'incommunicabilité. Cette expérience peut se rapprocher de celle de certains endeuillés, pour qui, la vie ne continue plus comme avant. Le sens en est perturbé, il y a un décalage douloureux qui s'instaure entre ce qu'ils ne cessent de revivre et la vie des autres qui se poursuit autour et en dehors de leur histoire. La temporalité d'autrui peut devenir incompréhensible et parfois insupportable, avec des interventions ou des réponses qui semblent ne pas arriver au bon moment. Il n'y a d'ailleurs plus de bons moments possibles, qu'ils soient familiaux, professionnels, judiciaires où même thérapeutiques.

La consultation dans les suites du traumatisme apparaît cependant comme un moment favorable pour recréer les conditions d'une rencontre ; un temps et un espace où le sujet traumatisé peut déposer l'expérience vécue dans une relation, qui ne le menace plus, mais le rétabli dans sa parole, et au cours de laquelle il y aura une reconnaissance par d'autres de la souffrance endurée, avec une évaluation symptomatique et une prise en charge thérapeutique qui le réinscrit dans une temporalité partagée.

Conclusion.

Après une année de fonctionnement, un premier bilan de cette activité s'avère tout à fait positif tant pour les

acteurs de l'urgence qui apprécient de pouvoir orienter très rapidement vers une consultation spécialisée les sujets exposés à une situation potentiellement traumatique, que pour les acteurs de cette prise en charge qui observent que la mise en place d'une régulation médicale permet d'apporter une réponse appropriée pour nombres de ces sujets.

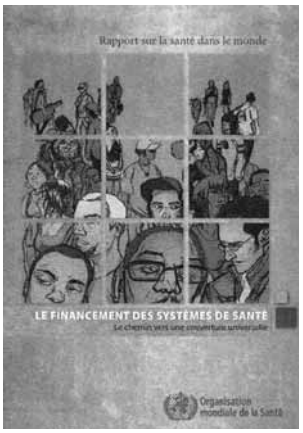
Un des enseignements majeur de cette expérience, réside dans la conciliation d'une organisation structurée de la filière de soin, d'une disponibilité et d'une adaptabilité constante reposant sur des personnels motivés.

L'orientation de cette consultation, est celle de la prise en charge précoce des sujets, qui n'est qu'un volet du psychotraumatisme, qui n'occulte en aucun cas l'importance et la complexité de la prise en charge des troubles différés, tributaires d'autres contraintes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Circulaire DH/E04-DGS/SQ2 N°97-383 du 20 mai 1997 relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe.
2. Loi N° 2003-1199 du 18 décembre 2003 du Code de la Sécurité Sociale. JO N° 25 du 19 décembre 2003.

VIENT DE PARAÎTRE



RAPPORT SUR LA SANTÉ DANS LE MONDE

Le financement des systèmes de santé

Le chemin vers une couverture universelle

Ces dernières années, des demandes se sont faites de plus en plus entendre pour une meilleure couverture médicale et ont porté la santé plus haut dans les ordres du jour politiques. En conséquence, les gouvernements du monde essaient de satisfaire au mieux les attentes de leurs citoyens. Tous les États membres de l'OMS se sont donnés pour cible de développer leurs systèmes de financement de la santé par des moyens qui peuvent assurer – et essentiellement, soutenir – une couverture universelle. Ce faisant, ils se voient tenus à trois questions fondamentales :

1. Où et comment peuvent-ils trouver les ressources financières ?
2. Comment peuvent-ils protéger les gens des conséquences financières des maladies ?
3. Comment peuvent-ils optimiser l'utilisation des ressources ?

Alors qu'ils s'efforcent de trouver des réponses à ces questions, ils doivent aussi veiller à une couverture équitable (un échec pour beaucoup de systèmes contemporains) et à établir des mécanismes fiables et pratiques de surveillance et d'évaluation des progrès.

Dans ce rapport, l'Organisation mondiale de la Santé retrace ce que les pays peuvent faire pour modifier leurs systèmes de financement pour permettre d'arriver plus rapidement à une couverture universelle et à la maintenir une fois installée. Le rapport applique deux leçons apprises et de nouvelles recherches, et fournit un ordre du jour d'actions pour les pays à tout stade de développement sur ce qu'ils peuvent faire au niveau national. Il propose aussi des façons permettant à la communauté internationale de mieux soutenir les efforts des pays à faible revenu pour réaliser une couverture universelle et améliorer les résultats de santé.

Alors que le monde est préoccupé par les défis combinés du ralentissement économique, la globalisation croissante du système économique et des maladies, et les demandes croissantes de soins chroniques, le besoin d'une couverture de santé universelle et d'une stratégie pour son financement n'a jamais été plus grand.

ISBN : 978 92 4 256402 0 – Pages : 144 – ***Éditions de l'OMS****, 1211 Genève 27, Suisse Tél +41 22 791 32 64 – Fax +41 22 791 48 57 – Email: bookorders@who.int – Web site: http://www.who.int/bookorders*