

MISSION NATIONALE

CORAMAVI

COORDINATION OPÉRATIONNELLE DE LA RÉPONSE
À L'AFFLUX MASSIF DE VICTIMES

Points de fragilités Pistes de résilience concernant la prise en charge psychologique



**Modérateur
Dr Philippe MEYER**

Quelle prise en charge médico-psychologique pour quelles victimes ?

Dr François DUCROCQ

Quelle prise en charge psychologique pour quelles victimes ?

Dr François DUCROCQ

Psychiatre Référent National
adjoint CUMP

CHU de Lille



MISSION NATIONALE

CORAMAVI

COORDINATION OPÉRATIONNELLE
DE LA RÉPONSE À L'AFFLUX MASSIF DE VICTIMES

L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données de cette communication



Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique : un réseau à maturité ?

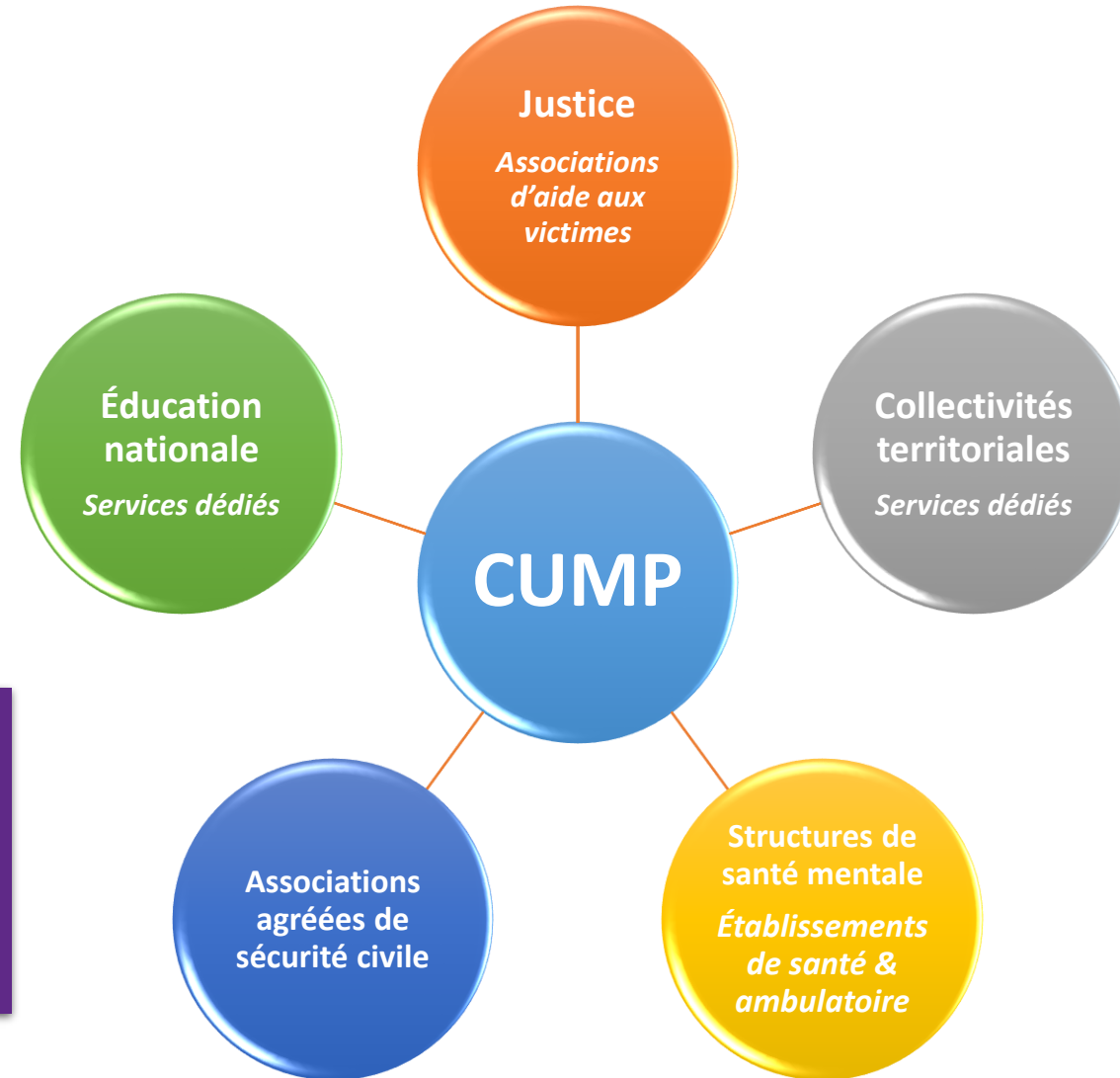
- Place reconnue dans le système de santé français et le paysage de la médecine de catastrophe/SSE
- Ancrage clair malgré les évolutions récentes du paysage de la psychotraumatologie française (CRP, Cn2r)
 - Liens consolidés mais ... qu'en est-il en cas de SSE ?
- Qui a une (bonne) assise scientifique
- Qui est maintenant inscrit comme un volet à part entière dans les plans de secours (ORSAN)

Évolution des volets ORSAN



Interactions et partenariats

- **Partenariats formalisés** (conventions) dans chaque département entre la CUMP et les acteurs de l'aide aux victimes
- **Interaction et synergie**
- **Complémentarité**



Instruction Santé/Justice pour renforcer la collaboration entre les CUMP et les AAV

Le contexte théorico-clinique

MISSION NATIONALE

MISSION NATIONALE

CORAMAVI

COORDINATION OPÉRATIONNELLE
DE LA RÉPONSE À L'AFFLUX MASSIF DE VICTIMES

Prévalence du TSPT

- **Exposition aux traumatismes :**

- En Occident, **50 à 90 % des adultes** rapportent avoir été exposés à un événement potentiellement traumatique
- Parmi eux, **7,8 % développent un TSPT** dans les mois qui suivent l'événement.
- Les femmes sont **2 à 3 fois plus touchées** que les hommes
 - facteurs biologiques, sociaux et d'une exposition
 - violences sexuelles et VIF

Prévalence et facteurs de risque du TSPT

- **Populations à risque :**

- **Jeunes adultes / faible niveau d'éducation / atcd perso et familiaux de troubles psychiques / exposition répétée à des traumatismes**
- **Témoins indirects** (proches de victimes, intervenants) : prévalence moindre entre **5 et 20 %** selon les travaux

- **Évolution chronique :**

- **Chronicité : 20 % des TSPT aigu**
- **Rechute : 20 % dans les 5 ans suivant l'arrêt du traitement**

Comorbidité considérable

- **Troubles anxieux** (30–50 % des victimes).
- **Dépression** (20–30 %).
- **Troubles du sommeil** (insomnie, cauchemars).
- **Conduites addictives** (alcool, médicaments).
- **Comportements suicidaires +++**
 - IDS X6,
 - Tentative de suicide X10, suicide X3

SSE, Attentats et violences collectives

- **Attentats de 2015 en France :**

- **Veille épidémiologique Santé Publique France :**

- **30 % TSPT chez les victimes directes**

- troubles anxieux, dépressifs et conduites addictives.

- Les **témoins indirects** (ex. : population exposée via les médias) :

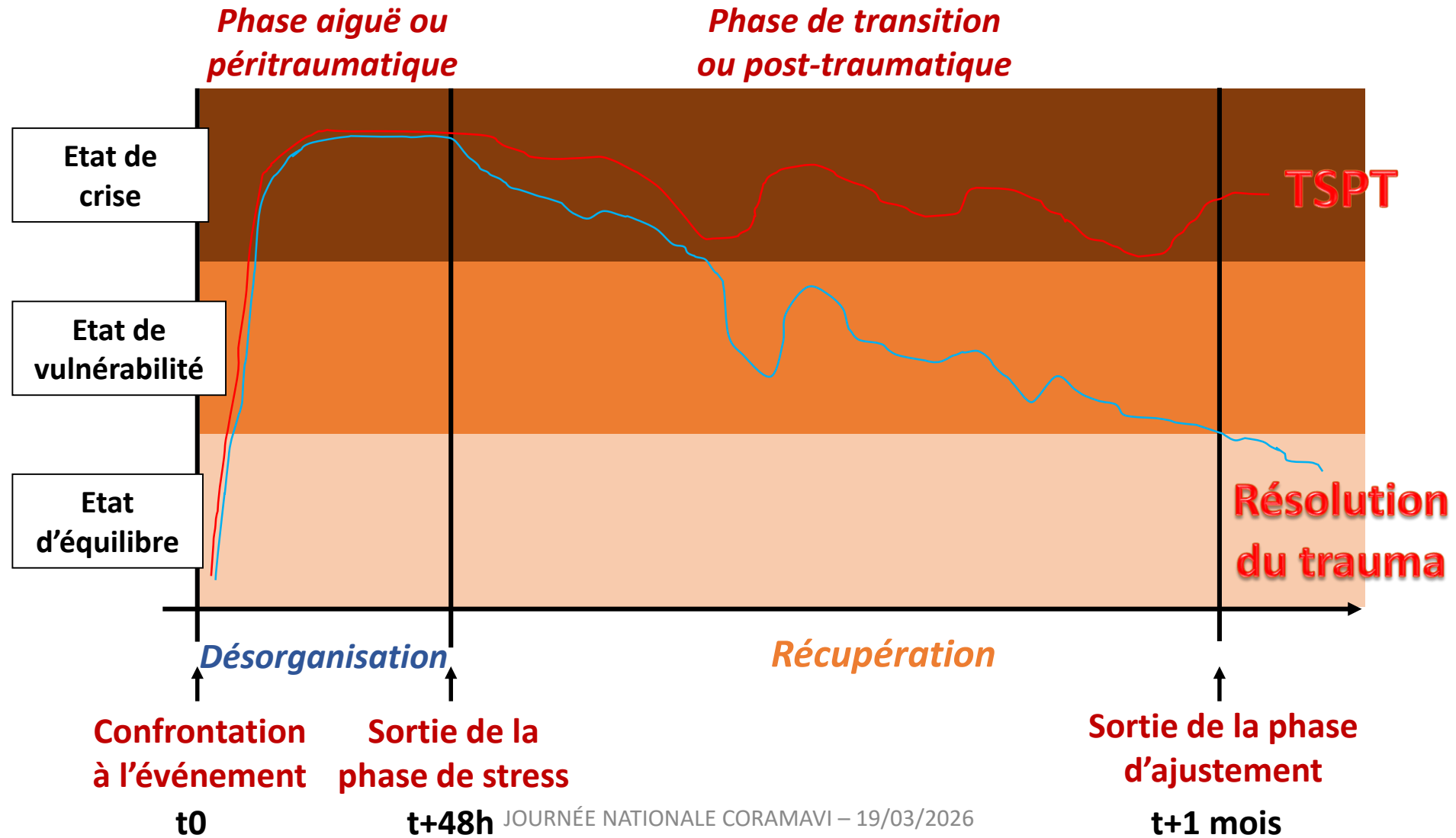
- symptômes de « détresse psychique » moins sévères (santepubliquefrance.fr)

- **Cyclone Chido à Mayotte (décembre 2024) :**

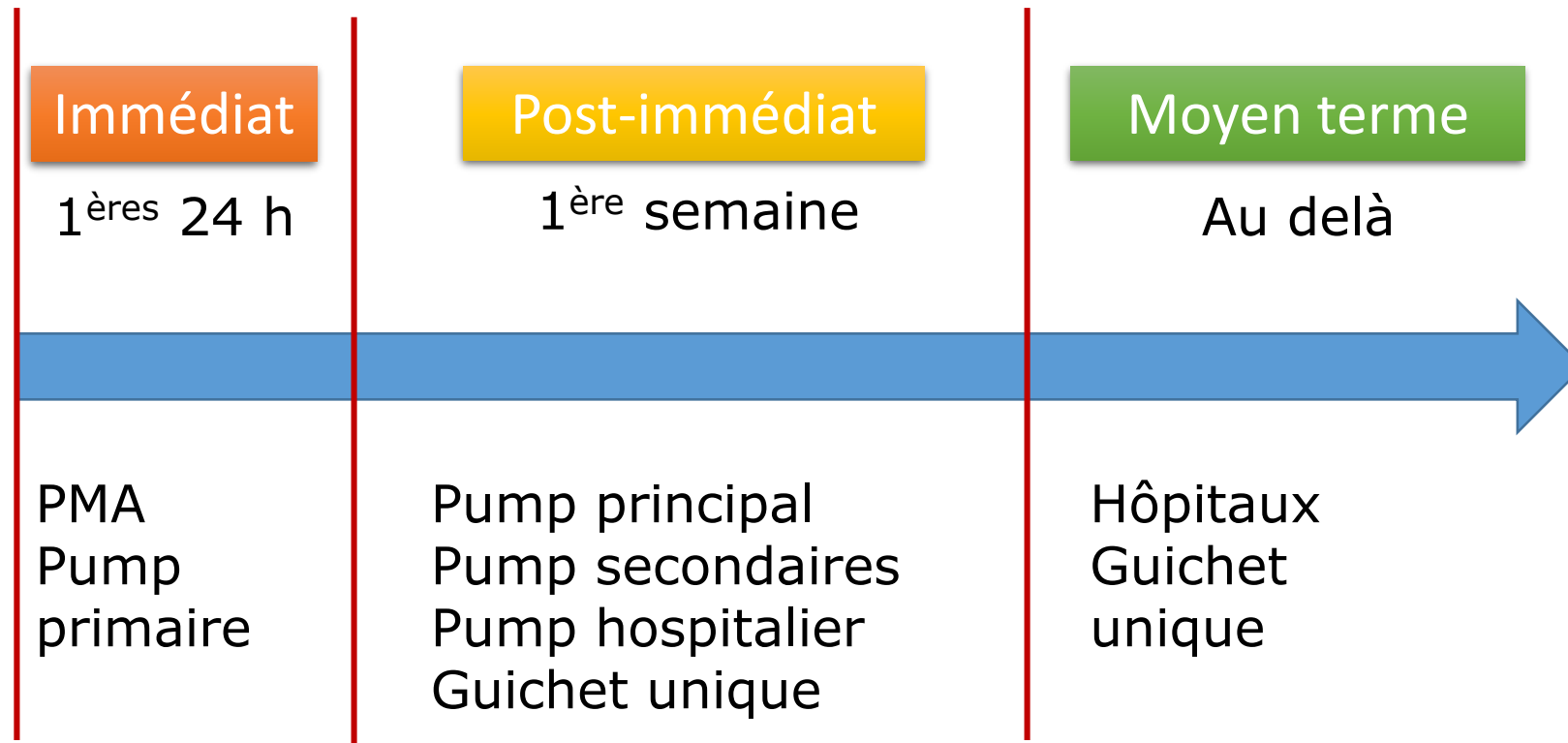
- Exemple récent de SSE avec un **afflux massif de victimes** nécessitant une prise en charge psycho-traumatique immédiate.

- Les **répercussions socio-professionnelles** (perte d'emploi, précarité) aggravent le risque de TSPT et de dépression (hesp.fr).

La crise psychotraumatique



Les Cump : où et quand ?



Particularités SSE : 3 points

1. Tableaux cliniques sévères
 - états de dissociation péritraumatique profonds
 - Déréalisation, dépersonnalisation, amnésie dissociative
 - « stress dépassé »
 - **FACTEUR DE RISQUE DE TROUBLES ULTERIEURS**
 - **PTSD / dépression / OH / Suicide ...**
2. Traitement : curatif ET préventif
 - **Psychothérapique** :
 - verbalisation, travail de ventilation émotionnelle ...
 - **Pharmacologique** :
 - bzd avec prudence, hydroxyzine, propranolol avec précaution
 - **Conseils médicaux** : CI des ISRS, danger OH cannabis, information sur l'évolution des symptômes, MG
3. Très peu d'hospitalisations / CMI systématique

Des soins ... à qui ?

MISSION NATIONALE

MISSION NATIONALE

CORAMAVI

COORDINATION OPÉRATIONNELLE
DE LA RÉPONSE À L'AFFLUX MASSIF DE VICTIMES

Type de victime	Besoins psychologiques prioritaires	Prise en charge recommandée	Acteurs impliqués
Victimes directes (blessés, rescapés)	Stress aigu, état de choc, dissociation, risque de PTSD (trouble de stress post-traumatique).	Évaluation immédiate (échelles IES-R, CAPS) + soutien psychologique précoce (débriefting individuel).	PUMP, CUMP, psychiatres, psychologues.
Endeuillés (proches de décès)	Deuil traumatique, culpabilité, déni, risque dépressif ou suicidaire.	Accompagnement spécialisé (thérapies de deuil, groupes de parole) + suivi prolongé.	PUMP, associations d'aide aux deuilés (ex. : Empreintes), CMP.
Enfants et adolescents	Réactions régressives, anxiété de séparation, troubles du comportement.	Prise en charge adaptée à l'âge (jeux thérapeutiques, dessin) + soutien familial.	Pédopsychiatres, psychologues enfants, CMPP.
Soignants et secours	Épuisement, syndrome de burn-out, culpabilité, stress cumulatif.	Cellules d'écoute dédiées + débriefting hot (dans les 24-48h) + suivi individuel.	PUMP, médecine du travail, CUMP.
Témoins indirects (population exposée)	Anxiété, insomnie, rumination, peur des récidives.	Psychoéducation (informations sur les réactions normales) + lignes d'écoute (ex. : 0800 130 000).	CUMP, associations (ex. : Croix-Rouge), plateformes téléphoniques.
Personnes vulnérables (handicap, précarité, migrants)	Aggravation de troubles préexistants, barrières linguistiques/culturelles.	Médiation culturelle + prise en charge globale (social + psychologique) + interprètes.	Équipes mobiles, travailleurs sociaux, interprètes.
Victimes de violences (agressions, attentats)	Symptômes de PTSD, honte, évitement.	Thérapies focalisées sur le trauma (EMDR, TCC) + protection juridique si besoin.	PUMP, unités médico-judiciaires, associations (ex. : INAVEM).
Personnes âgées	Désorientation, aggravation de troubles cognitifs, isolement.	Évaluation gériatrique + soutien en EHPAD ou à domicile + lien avec les aidants.	Gérialres, psychologues, réseaux gérontologiques.

Urgence immédiate (0-48/72h)

- Comment :
 - Evaluation essentiellement clinique
 - Intérêt modéré utilisation des outils/échelles
 - CGI +++
 - SAS (Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire / ASDS (Acute Stress Disorder Scale)
 - IES-R (Impact of Event Scale) / Revised DES-II (Dissociative Experiences Scale)
- Quoi :
 - Premiers secours médico-psychologiques
 - ancrage sensoriel, écoute active, normalisation des réactions, ventilation émotionnelle ...
- Où :
 - PUMP extra ou intrahospitalier

Post-immédiat (3 jours à 1 mois)

- Comment :
 - Evaluation clinique régulière
 - Échelles d'évaluation
 - IES-R
 - CRIES PCL5
- Pourquoi :
 - Stabilisation et prévention des complications.
 - Prévenir l'installation de troubles chroniques

Post-immédiat (3 jours à 1 mois)

- **Où :**
 - PUMP (intra-hospitalier ou non)
 - CAF / CAI
- **Avec quels outils :**
 - **Débriefing individuel ou collectif.**
 - Psychoéducation (ressources, coping, relaxation, prévention des comportements suicidaires ...)
 - **Thérapies brèves** (TCC, EMDR si symptômes de PTSD).
 - **Orientation vers des structures :**
 - **CMP, CRP ...** (Centres Médico-Psychologiques) pour un suivi ambulatoire.
 - **Unités d'hospitalisation courte** (UHCD, CAC, CAP) si nécessité clinique

Erreurs à éviter

- **Sous-estimer les témoins indirects** : même non blessés, ils peuvent développer un PTSD.
- **Négliger les soignants** : leur détresse impacte la qualité des soins et la question du trauma vicariant se pose
- **Oublier le suivi** : 30% des victimes de trauma développent des symptômes après 6 mois sans prise en charge
- Télémédecine ? Téléexpertise ? téléconsult
- Place des ressources SAS Psy /3114

A propos du tri

MISSION NATIONALE

MISSION NATIONALE

CORAMAVI

COORDINATION OPÉRATIONNELLE
DE LA RÉPONSE À L'AFFLUX MASSIF DE VICTIMES

**Urgence Absolue
Psychiatrique (UAP)**

**Urgence Relative
Psychiatrique (URP)**

**Impliqué Non Urgent
(INU)**

Décisions thérapeutiques	Entretien individuel par un psychiatre, action psychothérapeutique pour réduire la charge émotionnelle si patient accessible. Prescription pharmacologique	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien individuel par un psychiatre, - Action psychothérapeutique pour réduire la charge émotionnelle - Prescription pharmacologique envisagée - Intervention individuelle ou en groupe - information sur les possibilités évolutives des symptômes et conduite à tenir - informer des risques de conduite addictive 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention en groupe - Action collective pour réduire la charge émotionnelle - Information des possibilités évolutives des symptômes - Information sur les ressources, médicales, psychologiques, sociales et associatives, dont juridiques
Surveillance	Par demi-heure, par un infirmier, un psychologue ou un médecin selon gravité : du risque de trouble, du comportement ou de suicide	Régularité à déterminer individuellement selon état et niveau de ressources	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilance pendant le temps de présence sur le site, surtout si de nouvelles informations graves surviennent - en cas de malaise ou douleur subite informer immédiatement les secours somatiques
Orientation	Hospitalisation libre, voire sans consentement	Orientée vers une consultation spécialisée ou hospitalisation si nécessaire	