

La prise en charge psychologique et antalgique d'une victime incarcérée lors d'un accident de la voie publique

T. RICHARD¹, T. DARMEDRU¹, M. JAFFRELOT², P. BELLIN², D. L'AZOU³

1. Introduction

Un accident est un événement grave, violent, soudain, brutal, accompagné du risque réel et objectif de mort du sujet (journal international de victimologie). Le passager peut être retenu prisonnier suite à la déformation des structures de l'habitacle. La cinétique du choc entraîne des lésions différentes d'un accident à l'autre et d'un passager à l'autre à l'intérieur d'un même véhicule. Ainsi, on se trouvera en présence d'une personne indemne sur le plan physique, d'un blessé grave, d'un polytraumatisé ou de personnes décédées. Un examen médical et une surveillance jusqu'à l'extraction du véhicule sont nécessaires pour toute personne incarcérée, afin de dépister d'éventuelles lésions silencieuses dans un premier temps (hémorragies internes...).

L'objet de la désincarcération est de permettre l'accès et le dégagement d'une victime dans les meilleures conditions (1), sans aggraver les lésions existantes. Elle s'appuie sur un abord pluridisciplinaire qui réclame la collaboration de trois corps de métier :

- Les pompiers : balisage, découpe, secourisme spécialisé.
- La Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) : soins médicaux.

1. Infirmier anesthésiste SAMU 29, Centre Hospitalier Universitaire de la Cavale, boulevard Tanguy Prigent, 29609 Brest cedex.

2. Praticien hospitalier urgentiste, Centre Hospitalier Universitaire de la Cavale, boulevard Tanguy Prigent, 29609 Brest cedex.

3. Praticien hospitalier anesthésiste réanimateur, Directeur SAMU 29, Centre Hospitalier Universitaire de la Cavale, boulevard Tanguy Prigent, 29609 Brest cedex.

Correspondance : Thierry Richard. E-mail : richard.thierry@sfr.fr

– Les forces de l'ordre : sécurité routière.

C'est une manœuvre complexe nécessitant une méthode d'intervention globalement préétablie que l'on adaptera à chaque accident.

Priorité est donnée à la prise en charge des fonctions vitales, des blessures physiques visibles et au traitement de la douleur. Cependant, les manœuvres de désincarcérations sont longues et il importe de s'intéresser à la dimension psychique et morale d'une victime pendant cette séquence de bouleversements sensoriels qui succède à la brutalité de la confrontation avec la mort. On prend en compte la personne dans son intégralité physique, psychique et sociale ; elle est confrontée à une rupture dans sa vie qui a été mise en danger.

Nous allons décrire les réactions possibles aux traumatismes psychiques et l'importance de leur prise en compte au plus près de l'événement pour éviter l'évolution vers une névrose.

En se basant sur notre expérience et sur la littérature, nous allons, tout au long des phases de la prise en charge des victimes, exposer ce que, au delà de la technique, nous allons pouvoir apporter sur le plan psychologique. Nous parlerons également du stress des sauveteurs et des défenses qu'ils mettent en place.

2. Les traumatismes psychiques

Le traitement des troubles névrotiques est appliqué aux civils depuis la création par L. Crocq des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP), après l'attentat terroriste de la station RER St-Michel à Paris en 1995. L'idée est d'intervenir au plus près de la situation traumatisante, d'informer les personnes impliquées des signes de traumatisme psychique grave nécessitant des soins adaptés afin qu'elles se fassent suivre précocement. Le but n'est pas de faire raconter par la victime ce qu'elle a vécu au risque de la re-confronter avec l'angoisse de la mort, mais de lui faire parler de ce qu'elle a ressenti afin de mettre de l'ordre dans sa perturbation émotionnelle, de l'aider à trouver un sens à l'événement.

2.1. Les réactions aux traumatismes psychiques

La réaction à un événement traumatogène dépend du vécu propre du sujet pendant cet événement. Il peut également faire ressurgir un traumatisme ancien, réveiller une fêlure dans la personnalité qui préexistait au traumatisme.

- Réaction de stress :

Le stress est un ensemble de réactions biologiques, physiques et psychologiques de défense et de mobilisation des ressources face au danger.

Le stress n'entraînerait pas d'effraction de l'appareil psychique, l'angoisse générée par une situation stressante aurait un rôle de protecteur. « La souffrance psychique, quand le facteur stressant ne pèsera plus, s'estompera en quelques heures, semaines, mois ou années (dans le cas d'un deuil par exemple) » (2).

- Le traumatisme :

Il survient quand les réactions de stress sont dépassées, après une peur intense, un sentiment d'impuissance, d'horreur qui remettent en cause les valeurs essentielles de l'existence que sont la sécurité, la paix ... La victime est complètement débordée face à l'événement, ses défenses psychiques sont anéanties.

Le traumatisme psychique est une rencontre avec le réel de la mort, le néant. On n'a aucune représentation de mort dans notre psychisme auquel le rattacher pour lui donner un sens.

« Nous savons ce qu'est un cadavre mais nous ne savons pas ce qu'est la mort (Barrois), nous vivons comme si nous étions immortels (Freud) ».

Sur le plan du vécu clinique, l'expérience traumatique est un bouleversement de l'être, qui laisse une impression de changement radical de la personnalité, une altération profonde de la temporalité (puisque le temps s'est arrêté au moment figé sur la terreur ou l'horreur, sans possibilité de vivre le présent fugace, ni d'envisager un avenir différent, ni même de reconsidérer le passé différemment à chaque instant), et une perte de la possibilité d'attribuer un sens aux choses (3).

3. La chronologie d'une intervention

Les accidents routiers, nécessitant une manœuvre de désincarcération ne sont pas d'une ampleur suffisante pour déclencher une équipe CUMP. La prise en charge psychologique est assurée par les équipes de secours spécialisées dans le sauvetage et les soins médicaux.

À l'impression de mort imminente, va succéder l'attente de la désincarcération, la victime est dans un état de vulnérabilité et perçoit les éléments qui constituent l'ambiance avec une acuité particulière. Cette période est une sorte de sas où vont cohabiter des logiques différentes. Pour les équipes de secours, il s'agit de sortir la victime à tout prix afin de lui prodiguer les soins nécessaires. Pour la victime, il lui faut reprendre contact avec le réel en cherchant des liens avec ce qui lui est arrivé. Malheureusement, les moyens utilisés par ces deux entités sont parfois opposés. La victime tente de réinvestir le moment présent dans une ambiance de bouleversement sensoriel.

L'arrivée des équipes de secours dans ce contexte est vécue comme une agression supplémentaire : bruits des sirènes, gyrophares, éclairages, agitation des équipes qui se mettent en place.

Les premiers gestes ont pour but de sécuriser la zone, effectuer un bilan d'ambiance pour adapter les moyens nécessaires à l'intervention (fourgon de désincarcération, nombre d'ambulances, besoins médicaux).

3.1. L'écureuil

Un pompier appelé « écureuil » va auprès de la victime. Il se présente, vérifie l'état des fonctions vitales et des éventuelles plaies, fractures, douleurs... il effectue les premiers gestes de sauvetages : arrêt d'une hémorragie, pose d'un collier cervical, prise des constantes, oxygénation avec masque haute concentration si besoin, lutte contre l'hypothermie. Ce pompier va rester l'élément de référence de la victime, il va l'accompagner jusqu'à l'extraction du véhicule, il va expliquer toutes les phases des manœuvres et garder un contact verbal et physique avec la victime (mains autour de la tête, communication par les prénoms), ce qui sera important car le calage du véhicule, l'éclatement des vitres, la découpe de la carrosserie sont générateurs de bruits, de chocs et de secousses. Pendant ces manœuvres, la victime est recouverte d'un drap ou d'une bâche pour assurer sa protection. L'écureuil va aussi pouvoir renseigner l'équipe de désincarcération des douleurs ou mauvaises répercussions des techniques utilisées sur la victime. Ses paroles rassurantes et apaisantes vont « reconnecter » la victime avec la réalité.

D'après D. Blet, la victime allongée sur le sol voit les objets comme le nourrisson voyait le monde. La perception des choses environnantes sont devenues étrangères et oubliées de l'adulte, on retrouve le mode relationnel du jeune enfant : la voix, le regard, le toucher.

3.2. La médicalisation

À l'arrivée de l'équipe médicale les pompiers donnent un bilan d'ambiance : intensité et cinétique du choc, nombre de blessés, état des victimes (incarcérés ou non, graves ou légers, âges, décédés). Ils informent le médecin de risques particuliers (incendie, éboulement...).

L'objet de la désincarcération est de permettre l'accès et le dégagement d'une victime dans les meilleures conditions, le plus rapidement possible, sans aggraver les lésions existantes. Aussi, priorité est donnée à l'accessibilité de la victime pour pouvoir permettre aux secouristes, aux infirmiers et médecins de prodiguer les premiers soins sans déplacer la victime dans un premier temps (5).

Après s'être assuré de l'absence de danger auprès des pompiers qui stoppent provisoirement la désincarcération, l'équipe médicale examine les victimes. L'infirmier pose une première voie veineuse de gros calibre avec un liquide de remplissage en prélevant un prélèvement sanguin avec une mesure de l'hémoglobine par un hémoglobinomètre de type HEMOCUE® et une compatibilité sanguine (1^{re} détermination groupe RH, RAI). En fonction de la situation, de la difficulté ou non de la désincarcération, de l'accessibilité des victimes, de leur nombre et des soins nécessaires, le médecin en collaboration avec l'officier sapeur-pompier va définir un ordre de priorité :

- Évacuation de sauvetage si besoin.
- Réalisation des gestes techniques : intubation.

- Analgésie sédation pour une évacuation dans les meilleures conditions.

Il est important tout au long de la manœuvre de réévaluer la situation et de modifier les ordres de priorité si besoin. La victime a la santé précaire ; les équipes de secours sont là pour des gestes d'urgence, rapides, précis, soigneux, immédiats :

- Respect de l'axe tête cou tronc par extraction avec attelle cervico-thoracique et/ou plan dur.
- Surveillance hémodynamique et respiratoire : pouls, tension artérielle (intervalles courts), SpO₂ > 95 %, matériel d'intubation et d'aspiration prêts.
- Prise en charge de la douleur.
- Traitement médicamenteux adapté sur prescription médicale.
- Évolution des fonctions vitales.

4. Prise en charge de la douleur

Après la prise en charge des fonctions neurologique, ventilatoire et circulatoire la prise en charge de la douleur peut débuter. La lutte contre la douleur fait partie intégrante du rôle des équipes médicales, elle permet de combattre les effets neurovégétatifs qui vont perturber l'examen médical. Elle évite les réactions d'hypersensibilité au niveau central ou médullaire qui peuvent en aggraver la perception avec un risque supplémentaire de chronicisation ultérieure suite à un retard de prise en charge (6). La communication verbale et l'attitude rassurante et sécurisante constituent la première étape de cette prise en charge.

4.1. L'évaluation de la douleur et de la sédation

Des moyens pour quantifier la douleur (7, 8) sont mis à notre disposition dès lors qu'il y a coopération (vigilance) du patient :

- L'EVA (Échelle Visuelle Analogique) est actuellement l'échelle de référence.
- L'EVS (Échelle Verbale Simplifiée).

L'évaluation de la sédation est réalisée grâce au score de Ramsay. Les objectifs de cette auto-évaluation sont doubles :

- Définir des stratégies antalgiques en fonction du niveau initial de la douleur.
- Authentifier l'efficacité du traitement administré par une amélioration des scores de douleur.

Chez le patient en ventilation spontanée, les objectifs de l'analgésie sont une EVA < 30 mm ou une EVS < 2 et ceux de la sédation un score 2 de Ramsay.

4.2. L'analgésie-sédation

L'analgésie-sédation des patients incarcérés utilise les médicaments habituels prescrits en situation extrahospitalière. Rappelons que le choix des agents est guidé par la recherche d'un état permettant le maintien d'un état de vigilance compatible avec une surveillance neurologique, une conservation de la ventilation spontanée, de la liberté des voies aériennes et de réflexes de protection laryngée.

Les antalgiques (antiinflammatoires non stéroïdiens, paracétamol) sont administrés classiquement par voie veineuse pour des raisons pratiques et d'efficacité. En effet, face à une victime incarcérée et peu accessible, la pose d'une voie veineuse représente le deuxième geste après la mise en place d'oxygène.

Cependant, les effets psychotropes de certaines drogues doivent être pris en compte car ils modifient de manière significative la relation entre la victime et son environnement. Ces effets pharmacologiques se surajoutent donc au vécu inhabituel de la victime. Ces effets étant prévisibles, connus et en grande partie contrôlables, il est important de prévenir le patient et lui signaler l'importance de sa collaboration dans ce geste de soin à part entière.

Le protoxyde d'azote : se présente sous forme équimolaire d'oxygène et d'azote (Meopa[®], Kalinox[®]) et procure une analgésie modérée et rapidement réversible. Il procure aussi des effets hallucinatoires qui peuvent conduire à une agitation paradoxale. Ce produit reste cependant d'utilisation modérée chez le polytraumatisé. S'accumulant rapidement dans les cavités naturelles ou pathologiques, il est contre-indiqué en cas de pneumothorax ou traumatisme crânien.

Les morphiniques : en dehors de ses propriétés analgésiantes, la morphine aussi a une action psychodysléptique (qui modifie l'humeur, les perceptions et produit parfois des hallucinations) qui s'exprime de façon variable dans son importance et ses modalités. Le plus souvent, elle se traduit par une indifférence aux sensations désagréables, un état de bien être et d'euphorie plutôt bénéfiques. L'action sédative peut entraîner une somnolence, un ralentissement psychomoteur ou un état confusionnel.

Les benzodiazépines : le midazolam est la benzodiazépine la plus utilisée en pré-hospitalier. Globalement elles possèdent toutes des propriétés anxiolytiques et amnésiantes. Il est important de signaler qu'il existe de grandes variabilités inter-individuelles.

La kétamine est une molécule aux multiples actions dont l'analgésie sédation. Selon la dose injectée, les effets varient entre analgésie, l'analgésie-sédation et l'anesthésie. Les effets secondaires à type d'hallucination sont peu fréquents lorsque les doses sont inférieures à 0,1 mg/Kg (co-analgésie d'opioïdes). En revanche, au delà et en absence d'une association avec une benzodiazépine, les effets psychodysléptiques peuvent être majeurs (hallucination, angoisses et terreur, agitation...).

Pour toutes ces molécules, les réactions individuelles sont souvent directement liées à la dose, le principe de titration revêt ici une importance particulière.

L'anesthésie locorégionale peut aussi prendre place au sein de la stratégie de prise en charge de la douleur d'un patient incarcéré. La précarité des conditions extra hospitalières en limite évidemment l'usage. Les blocs les plus utilisés sont les blocs périphériques des membres : blocs fémoral, ilio-facial et exceptionnellement axillaire.

Enfin, la gravité de la situation ou la dégradation de l'état du patient peuvent conduire à la décision de pratiquer une anesthésie générale. Les modalités de l'induction en séquence rapide sont maintenant bien connues, mais il importe d'insister sur la préparation de cette anesthésie qui sera pratiquée en milieu hostile (environnement précaire, absence de consultation pré-anesthésie, altération des fonctions vitales). Le médecin prévient l'officier sapeur-pompier responsable de l'intervention de sa décision. Le patient doit aussi être informé du déroulement de la séquence. Si les conditions le permettent, en collaboration avec les sapeurs-pompiers, une interruption des manœuvres bruyantes de désincarcération est alors souhaitable au moment de l'induction. Enfin la préparation des drogues d'entretien branchées immédiatement et à doses efficaces permettra la prévention des signes de réveil précoce.

5. Les soins psychologiques

5.1. Les conséquences du traumatisme psychique

Les manifestations psychopathologiques marquent un avant et un après.

- Les réactions immédiates :
 - Une réaction de stress normale : moyen de défense utile, adaptative pouvant se manifester par des syndromes neuro-végétatifs.
 - Une réaction de stress dépassé : stupeur, agitation, fuite panique ou comportement d'automate.
 - Des réactions psychiatriques : réactions névrotiques, psychotiques, schizo-phréniques chez des sujets jusqu'alors bien compensés qui menaient une vie normale (2).
- La période post immédiate : (2 à 30 jours).
 - Retour à la normale.
 - Évolution vers une névrose traumatique : persistance des symptômes de déréalisation et apparition de symptômes de répétition.
- La phase de latence : c'est le temps qui sépare l'événement traumatique de la première manifestation du syndrome de répétition.

– Les manifestations différées :

- symptômes physiques (tremblements, vertiges, douleurs musculaires, fatigue...), état d'hyper vigilance, souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement, conduites d'évitements. Vécu d'impuissance qui génère des sentiments de culpabilité, de dévalorisation, de peur, de rage... Vécu de perte impliquant un sentiment de tristesse, une morosité et une tendance à s'isoler, à ne plus participer aux activités sociales.
- Perte de la capacité d'initiative, perte des centres d'intérêt, le patient peut devenir méfiant, agressif, revendicatif et se mobiliser pour des actions en rapport avec le traumatisme (démarches administratives ou judiciaires). Conduites suicidaires, conduites addictives.

5.2. Les réactions des victimes

Les réactions varient d'un individu à l'autre, elles sont en rapport à des représentations anciennes dans le vécu de la personne. La victime peut être choquée non traumatisée, elle présente alors un stress adapté (mobilisation de ses ressources physiques et psychiques pour faire face au danger). Si le sujet est hébété ou sidéré, il faut s'enquérir de son identité, essayer de lui faire dire qui il est et ce qu'il vient de se passer pour lui. Il faut essayer de remplacer le mutisme par une parole. Devant un état anxieux, avec agitation, logorrhée, crise de nerfs, il s'agit d'assurer une présence rassurante et d'obtenir une parole ordonnée adressée à un autre.

La fonction du sauveteur c'est de réintroduire de l'humanité : présence vivante, compassion, réassurance. Quand des passagers sont décédés dans l'accident, les survivants n'ont pas fréquemment une grande clairvoyance, ils sont centrés sur eux-mêmes. Dans l'instant de la technique on ne peut pas commencer un travail de deuil. On ne peut pas annoncer une mauvaise nouvelle dans cet instant. Toutes les paroles que vous pourrez prononcer seront toujours moins terribles, moins affreuses que l'immédiateté du vécu. Tous les mots de compassion, toutes les tentatives que vous ferez pour pacifier seront moins dramatiques que l'horreur. Répondre « on s'occupe de vous » sont parfois les premières paroles qui débute la reconstruction du lien avec la réalité de l'existence. (D^r Genest) La victime, remet alors « un pied » dans le réel, elle est vivante au milieu des autres. Ensemble ils peuvent déjà mettre des mots sur des événements et sensations vécues dans l'instant. La reconstruction débute.

5.3. Les réactions des équipes d'intervention

« Le sauveteur lui-même est soumis à des contraintes dont la somme constitue le "stress", telles que : interruption d'une activité en cours, départ précipité, choix judicieux du matériel, repérage du lieu d'intervention et choix de l'itinéraire le plus adapté, coordination avec les autres services d'intervention, confrontation avec la personnalité des collaborateurs » (4).

Les équipes d'intervention prennent en charge des événements stressants et traumatiques. La confrontation fréquente avec des situations dramatiques ne peut que les exposer à une vulnérabilité traumatique. La confrontation à un décès brutal dans des conditions parfois dramatiques entraîne un sentiment d'impuissance, le deuil aiguë renvoi à l'immédiateté possible de la mort.

Les sauveteurs développent un mode de pensée de type opératoire où les émotions sont refoulées pour ne laisser qu'un agir en réponse aux faits observés. La tentation du soignant représente l'amorce d'une identification aux victimes, ce qui du même coup lui fait perdre sa position de thérapeute (2). Certaines questions que l'on se pose à l'égard de la victime, c'est son propre imaginaire qui se met en route, une sorte d'identification « si j'étais à la place de, ce serait l'horreur ». Sauf que vous êtes en bonne santé, pas souffrant, vous avez tout le loisir de penser ça. Vous êtes témoin de l'horreur mais vous ne la vivez pas. Le soignant se pose des questions que les personnes concernées ne se posent même pas (D' Genest).

Le sauveteur est « suffisamment bon » pour le patient s'il peut :

- Assurer les gestes nécessaires (compétences).
- Contenir l'angoisse de la victime sans se laisser envahir lui-même (4).

Les symptômes de troubles liés aux traumatismes psychiques sont souvent masqués lorsqu'ils concernent le personnel des équipes d'intervention, ils se révèlent par des attitudes d'alcoolisation, de dépression... D'autre part le sauveteur vulnérable se sent protégé dans et par son groupe et c'est lorsqu'il prend sa retraite, qu'il perd ce soutien que se déclenche sa névrose traumatique.

6. Conclusion

Les intervenants de premier secours routier disposent donc d'un véritable pouvoir d'aide aux victimes qui va bien au delà de la désincarcération et des premiers secours. Le comportement de soutien donnera une efficacité accrue à l'intervention et diminuera les risques de traumatisme des victimes (9). Une doctrine des secours qui prend en compte la dimension psychologique doit intégrer celle-ci à chacune de ses étapes. Ainsi tous les acteurs des services de secours favorisent la qualité relationnelle auprès de la victime (4).

Le traumatisme est une expérience sans mots qui reste en quête de se raccrocher à des représentations. La première présence humaine qui prendra acte de la souffrance ressentie et resituera la victime dans « l'ici et maintenant » (10) est, après le sauvetage et secours corporel et la victime elle-même, un troisième acteur de la réussite de la prise en charge psychologique d'un patient incarcéré.

Pour prévenir l'apparition de ce syndrome post-traumatique, il est nécessaire que toute personne ayant été confrontée à une expérience traumatique bénéficie d'un « débriefing psychologique ». Il permet aux sujets victimes d'événements

traumatiques de raconter leur expérience dans un environnement physique et psychologique sécurisant, afin de retrouver un sentiment de maîtrise de leur existence (11).

Une information pour comprendre son propre stress, ses réactions émotionnelles et reconnaître les différents types d'atteinte psychiques est nécessaire et ce dès le début de la chaîne des secours (dimension psychologique de l'appel). Pour optimiser la formation et la sensibilisation des personnes concernées, des structures spécifiques pourraient être intégrées aux services d'interventions urgentes.

Références bibliographiques

1. Petit P, Ammirati C, Fuilla C. Le médecin et les contraintes face à un blessé incarcéré ; ACMF congrès 2005 ; 59-62.
2. Lebigot F. Traiter les traumatismes psychiques, Paris, Dunod 2005.
3. Crocq L. Traumatismes psychiques : prise en charge psychologique des victimes, Masson 2002.
4. Blet D. Prise en charge de la dimension psychologique pendant les secours.
5. Martin G. Libérez une victime de sa prison de tôle. Soldats du feu magazine n° 6 janvier/février 2005 ; 65.
6. Miljevic K. Évaluation et prise en charge de la douleur du blessé de la route, www.acmf.fr/congres2005/pdf/milojevic.pdf
7. Vin X. Évaluation de la douleur, urgences 2007, chapitre 54, 499-508.
8. Ricard-Hibon A, Ducassé JL. Prise en charge de la douleur en situation d'urgence in : SFMU/Samu de France, Éd. Urgences 2002 : enseignement supérieur et conférences. Paris, Arnette 2002 : 395-403.
9. De Soir E. Accidents de la circulation avec personnes incarcérées : les conséquences psychologiques 1997 ; Urgence pratique, 22, 15-19.
10. Prieto N, Lebigot F. Les soins psychiques précoces en cas de catastrophe. www.se.online.com/Documentation/telechargement/3cycle/Psychiatrie/DIUpsycrim/Prieto.pdf
11. La névrose traumatique, www.aph-metaphore.com.fr/infirmier/traumatique.html