

PREMIERS SOINS PSYCHOLOGIQUES

Préparation

Connaître l'organisme pour lequel on est engagé, sa structure organisationnelle et de communication
Connaître les autres organismes impliqués, leurs différents rôles et les ressources/services disponibles
Se familiariser avec l'environnement d'intervention, l'accueil, l'accès à des interprètes (au besoin) et le système de référence
Connaître les principes généraux des interventions et les caractéristiques des populations à risque et des personnes vulnérables
Se familiariser avec les réactions spécifiques liées à l'âge ou à l'appartenance culturelle

Engagement

Afficher une identification visible (nom, organisation)
Approche informelle : se présenter, offrir de l'assistance, de l'eau, une information, un mouchoir, raconter une histoire aux enfants, ...
Approche formelle : accueillir, se présenter, préciser le type et la durée de l'intervention
Rassurer de la confidentialité sur les échanges

Sécurité & confort

S'assurer du confort physique et d'un environnement le plus calme possible
S'informer des besoins immédiats ou pressants (retrouver un disparu, se procurer à boire et à manger, faire venir un proche, stabiliser un statut d'immigration, trouver un abri/logement, ...)
S'informer de la présence d'autres membres de la famille et de leur sécurité
Protéger de stressseurs additionnels ou inopinés (médias)

Stabilisation

Offrir une présence calme
Diminuer les états d'alerte et le niveau d'excitation
Traiter de façon agressive l'expérience de la douleur physique
Stabiliser et orienter les personnes en détresse intense
Utiliser des techniques simples d'ancrage avec délicatesse si approprié (deux pieds sur le sol, main sur un genou ou une épaule, ...)
Référer si un médicament pourrait s'avérer utile (surtout pour la douleur mais aussi pour l'anxiété excessive et l'insomnie persistante)

Accueil & écoute

S'informer de la perception des causes du tremblement, des faits et de l'assistance entourant le désastre
Accueillir avec empathie et authenticité le récit des événements traumatiques, des préoccupations, des difficultés rencontrées et toutes les émotions associées
La participation doit être entièrement volontaire. Ne pas obliger une personne à raconter si elle n'a pas envie. Ne pas insister pour obtenir des détails sur les événements ou les émotions.
Prendre le temps. Si le temps accordé doit être court, le signifier.

Information

Donner de l'information sur le caractère normal et adaptatif des réactions de stress
Valider l'expérience émotionnelle
Réviser les réactions fréquentes associées aux traumatismes et aux pertes
Rassurer sur le fait que chaque personne récupère à son rythme
Transmettre des informations adaptées, complètes ou allégées, pour les familles, les parents, les enfants, les personnes âgées, les éducateurs, ...

Stratégies d'adaptation

Routine et hygiène de vie: hydratation fréquente, repas réguliers, endormissement facilité, heures adéquates de sommeil, temps pour du repos, des passe-temps *si les circonstances le permettent*
Favoriser des périodes de jeux pour les enfants
« Diète média »: réduire considérablement l'exposition au désastre (télévision, radio, journaux, ...)
Identifier et encourager l'utilisation de stratégies d'adaptation déjà utilisées dans le passé dans des situations difficiles
Enseigner des techniques simples de relaxation
Discuter de la consommation d'alcool et de drogues

Assistance pratique

Assistance pour les besoins immédiats et pressants
Clarifier les besoins de la personne et ceux de ses proches
Aider à élaborer un plan simple et concret d'action ou faire un résumé des événements qui s'en viennent
Permettre aux personnes de reprendre contrôle sur leur vie par de petites actions

Rapprochement avec les réseaux sociaux

Favoriser la réunion des proches et au sein de la communauté
Encourager l'utilisation du soutien de proches disponibles et le partage des expériences difficiles
Soutenir les désirs de participation aux rassemblements communautaires et aux événements de recueillement (messes, funérailles, ...)
Considérer spéciaux pour les enfants et adolescents dans leurs réseaux sociaux (écoles, activités sportives ou sociales, ...)
Promouvoir l'engagement social
Plaider en faveur de la protection des abus et le respect des droits et de la dignité des personnes même en situation de survie

Références

Offrir des dépliants ou des feuillets explicatifs selon les besoins et si la lecture est possible
Référer avec niveau de priorité clair à des services spécialisés en santé mentale
Éviter de s'auto-référer, surtout dans un contexte d'urgence
Promouvoir l'utilité de la continuité des relations d'aide (surtout pour les individus à risque)
Référer à des équipes médicales pour les soins associés à des problèmes de santé physique concomitants

*L'assistance et l'aide doivent 1) offrir des points d'ancrages et de repères
2) favoriser la reprise du sentiment de contrôle et de pouvoir sur sa vie et celle de ses proches*



REACTIONS NORMALES PENDANT UN DESASTRE

Les réactions bien que parfois très intenses sont passagères. Elles représentent « des réactions normales à une situation anormale ». Elles sont reliées au trauma (menace à la vie, terreur, horreur), au deuil, aux pertes, à la sécurité, au sentiment de vulnérabilité et à la perturbation de la vie. Une récupération psychologique complète est attendue après quelques semaines si l'environnement de récupération est favorable. Chaque personne récupère à son rythme.

REACTIONS DE STRESS FREQUENTES

Réactions émotionnelles

Choc, peur, colère, culpabilité, honte, impuissance, désespoir, engourdissement, sensation de vide

Réactions cognitives

Confusion, désorientation, incapacités à prendre une décision, troubles de l'attention, troubles de la mémoire, blâme dirigé vers soi

Réactions physiques

Tension, fatigue, maux de tête, douleurs, palpitations, sensation de souffle coupé, transpiration, nausées, perte d'appétit, absence de plaisir sexuel

Réactions interpersonnelles

Méfiance, conflit, isolement, irritabilité, contrôle excessif, perte de l'intimité, sentiment de rejet ou d'abandon

SYMPTOMES POST-TRAUMATIQUES

Hyperactivité

Etat d'alerte, irritabilité, accès de colère, insomnie, perturbation de la concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée

Souvenirs ou révisions

Images intrusives, pensées récurrentes, flashes-back ; cauchemars, sensation de revivre le trauma, réactions exagérées à des déclencheurs rappelant le trauma (mouvements de foules, bruits sourds)

Dissociation

Torpeur, détachement, absence de réaction émotionnelle, réduction de la prise de conscience de son environnement, impression d'être dans un monde irréel ou rêvé (déréalisation), impression d'être détaché de son propre corps ou d'être comme un fantôme (dépersonnalisation), absence de souvenirs de certains faits

Évitement

Évitement des rencontres ou des conversations, isolement social, évitement des pensées ou sentiments, prise exagérée d'alcool ou de drogues pour oublier

REACTIONS GRAVES PENDANT UN DESASTRE

Les réactions seront considérées problématiques si elles altèrent le fonctionnement de façon significative ou si leur extrême intensité persiste au-delà de 3 mois

Dissociation persistante

Détachement de la réalité, de ses sentiments ou de son corps, absence de réaction à l'environnement, incapacité à ressentir des émotions, souvenirs vagues des événements

Révisions intrusives

Souvenirs ou flashbacks effrayants, cauchemars terrifiants

État d'alerte incessant

Agitation intense, irritabilité extrême, rage incontrôlable, attaques de panique

Évitement systématique

Évitement de tout ce qui rappelle le trauma et qui interfère dans les activités quotidiennes

Anxiété grave

Frayeur continue, impuissance paralysante, obsessions ou compulsions envahissantes

Dépression grave

Incapacité totale à éprouver certains intérêts ou du plaisir, désespoir continu, sentiment persistant d'être inutile ou un lourd fardeau pour autrui, sentiment obnubilant de culpabilité, idées suicidaires envahissantes, intentions de blesser (soi ou autrui)

DEUIL NORMAL (étapes)

Choc
Déni – Engourdissement
Recherche du disparu
Désorganisation – Désespoir – Dépression
Rétablissement – Réorganisation

Le deuil est un processus qui n'est pas nécessairement linéaire. Il peut s'avérer plus difficile en l'absence du corps du défunt. Il s'étale en général sur un an, mais peut durer de nombreuses années. Les dates anniversaires sont souvent plus pénibles.

DEUIL PATHOLOGIQUE (symptômes)

Absence de réponse à l'empathie
Culpabilité exagérée (non associée à des actes entrepris ou non au décès)
Idées de mort (différentes du souhait d'être mort avec le défunt)
Hallucinations (autres que celles d'entendre la voix ou voir le défunt)
Dévalorisation excessive
Apathie ou ralentissement moteur marqué
Évitement disproportionné des activités rappelant le défunt
Altération marquée et prolongée du fonctionnement

INDIVIDUS A RISQUE

Certaines personnes sont plus à risque de développer des réactions de stress plus intenses et par la suite des problèmes psychologiques plus graves. Il est pertinent de les identifier et d'être plus proactif pour leur offrir de l'assistance.

Selon les antécédents

Femme, 40-60 ans, présence d'enfants, présence d'un conjoint en détresse
Maladie physique, handicap ou incapacité
Trouble psychiatrique (personnel ou familial), problème psychologique ou conflits interpersonnels préexistants
Exposition antérieure à des expériences ou des deuils traumatiques

Selon la « dose d'exposition » ou la réaction au trauma

Proximité de l'expérience du séisme, blessures et leur gravité, amputation, expérience de la douleur, décès de proches, destruction du lieu d'habitation, pertes matérielles importantes, ...
Réaction psychologique précoce grave, sentiment d'incapacité à surmonter l'adversité, détresse parentale (risque pour les enfants)

Selon le contact avec des stressseurs persistants ou surajoutés

Danger pour la sécurité (répliques sismiques, violence interpersonnelle), accès restreint à l'eau, à l'aide alimentaire et aux soins, absence d'abri, relocalisation, pauvreté, absence de revenu, séparation des proches, réseau social absent (surtout pour les enfants et les personnes âgées), soutien communautaire limité, moyens de communication ou de transport inaccessibles

Document rédigé par Nicolas Bergeron MD - février 2010

Références: Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence (IASC 2007)
Psychological First Aid: Field Operations Guide (NCPSTSD & NCTSN 2005)
Trauma and Disaster: Responses and Management (Ursano RJ, Norwood AE 2003)
Mental Health and Mass Violence: Evidence-Based early Psychological Intervention for Victims/Survivors of Mass Violence (NIMH 2002)
<http://www.ptsd.va.gov/>

