

CSTS | Département psychiatrique | Uniformed Services University | 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, MD
20814-4799 | www.CSTSonline.org

QUESTIONS PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTALES À PRENDRE EN COMPTE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUITE À DES ACCIDENTS CHIMIQUES, BIOLOGIQUES, RADIOLOGIQUES OU NUCLÉAIRES (CBRN)

Introduction

Un accident impliquant l'exposition ou la potentielle exposition à des substances CBRN engendrent de la peur et de l'incertitude. Bien que certains cas d'utilisation de ces substances aient été malicieux, par exemple par des terroristes, la grande majorité des cas d'exposition est involontaire et le résultat de défaillances ou de dégâts aux systèmes conçus pour protéger la population. Les événements CBRN résultant principalement de défaillances humaines, cela exacerbe la manifestation et la sévérité des effets psychologiques néfastes. Ainsi, suite à une exposition importante aux agents CBRN, la gestion des réponses psychologiques et comportementales sera aussi importante que le traitement des blessures et maladies relatives à cette exposition.

L'exposition à des agents CBRN est une menace souvent redoutée pour ses conséquences catastrophiques sur la santé. La radiation est invisible, inodore et inconnue, ce qui donne lieu aux spéculations les plus folles. La population doit souvent se référer aux professionnels de santé et autres scientifiques pour déterminer si elle a été exposée et l'étendue éventuelle de cette exposition. Les symptômes peuvent mettre du temps à se manifester et les effets sur la santé physique comme mentale peuvent impacter les générations futures. Les personnes exposées, ou pensant avoir été exposées, se sentent vulnérables, angoissées. La perte de contrôle et le manque de consensus parmi les experts peut accroître la peur et la colère du public.

Suite à un événement CBRN, on distingue 3 types de réponses psychologiques : la détresse, le changement comportemental et la maladie psychiatrique. La première est fréquente et se manifeste sous forme de tristesse, de colère, de peur, de troubles du sommeil, de manque de concentration et d'incrédulité. Ces symptômes peuvent être

Suite à l'exposition à un agent CBRN, la gestion des réponses psychologiques et comportementales sera aussi importante que le traitement des blessures et maladies liés à un agent CBRN.

amplifiés si ceux qui sont affectés pensent que des mesures supplémentaires auraient pu être prises afin d'éviter cette exposition, ou que celle-ci auraient pu être traitée de manière plus rapide et efficace. La détresse psychologique après un incident CBRN peut également se manifester par des symptômes somatiques pour lesquels aucun diagnostic ne peut être trouvé (appelé MIPS en anglais – Multiple Idiopathic Physical Symptoms).

Ces patients doivent être suivis par des généralistes de la santé. D'autres patients manifestent des changements de comportement tels qu'une réduction des déplacements, le refus d'envoyer leurs enfants à l'école, ou encore une consommation accrue d'alcool et de tabac.

Pour la grande majorité, la détresse ainsi que les symptômes psychologiques et comportementaux liés à l'exposition d'un événement traumatique s'estomperont avec le temps.

Pour d'autres, cependant, les symptômes persisteront et affecteront les comportements à la maison ainsi qu'au travail, et peuvent donner lieu à des maladies psychiatriques. Bien que les troubles de stress aigu et les troubles de stress post-traumatique sont les troubles associés aux traumatismes les plus connus, d'autres conséquences sont souvent observées chez les victimes, tels qu'une dépression majeure, un abus accru de substances, des conflits familiaux et une anxiété généralisée.

Il est important de rappeler que les personnes sans signes précurseurs ou antécédent de maladies psychiatriques sont vulnérables à ce type de maladies suite à une exposition CBRN.

Les gens les plus susceptibles de développer des désordres psychiatriques sont :

- Ceux qui sont directement exposés.
- Ceux qui ont des maladies mentales préexistantes.
- Ceux qui ont souffert de pertes matérielles ou de ressources, ainsi que l'interruption de leurs soutiens sociaux suite à l'événement.

continuer

Il y a eu un grand nombre de désastres technologiques, des attaques terroristes, et l'utilisation de nouvelles armes dans divers conflits, ce qui suggère que les bureaux des prestataires de soins, les cliniques et hôpitaux seront de plus en plus sollicités par des patients symptomatiques comme asymptomatiques pour des évaluations et des traitements suite à un événement CBRN. Certains de ces patients seront diagnostiqués avec des maladies liées à cette exposition, d'autres avec des maladies sans aucun rapport à celle-ci, alors qu'un grand nombre manifesteront des symptômes pour lesquels aucune étiologie n'est apparente. Les estimations les plus conservatrices constatent que 4 patients sur 5 observés en contexte médical suite à un récent événement CBRN n'y ont pas été exposés, mais redoutent d'avoir été contaminés et ressentent des symptômes. Au plus long terme, les patients se présentent aux professionnels de la santé avec de nombreuses douleurs somatiques sans étiologie apparente. L'appendice A présente diverses stratégies pour traiter ces cas.

I. Prestataires de soins de santé et soutien à la santé mentale suite à un événement CBRN

Suite à un événement CBRN, la population se tourne principalement vers les prestataires de soins pour être informés. Par exemple, suite aux attaques à l'anthrax en 2001, 77% des américains sondés rapportaient se référer principalement à leur médecin comme source fiable d'informations.

Les Prestataires de soins jouent un rôle déterminant dans la manière dont les patients et le public réagissent suite à un événement CBRN. Une réponse médicale efficace et bien coordonnée inspire l'espoir et la confiance, réduit la peur l'anxiété et contribue à la continuité du bon fonctionnement des systèmes communautaires.

Mais les prestataires de soins sont également assujettis à la peur et à la terreur. L'absentéisme, la fuite, le refus de voir des patients, ainsi que d'autres comportements causés par la peur ont été observés à la suite d'épidémies de maladies infectieuses (comme l'épidémie de peste pneumonique à Surat, en Inde) et d'autres cas d'agents nouveaux ou non familiers mettant en danger la vie des patients.

Certains prestataires de soins de santé réagissent ainsi par crainte pour leur sécurité personnelle. Dans certains cas, ceux-ci rechignent devant leurs responsabilités durant un événement CBRN par crainte de devenir contagieux ou d'être infectés par leurs patients. Bon nombre d'entre eux abandonnent ainsi leur poste par crainte d'exposer ensuite leur famille, ou ressentent le besoin d'évacuer le périmètre concerné pour des raisons de protection personnelle.

S'assurer que les prestataires de soin de santé comprennent les spécificités de l'agent CBRN en cause ainsi que les contre-mesures de protection peut grandement minimiser les abandons de poste. De surcroît, le personnel de santé est porté à fournir des soins de santé aux patients s'ils savent que leur propre famille sera prise en charge pendant leur absence. La mise en place de contact téléphonique continu avec les familles, ainsi que le dévouement du personnel pour

prendre en charge les familles du staff médical, est une ressource rassurante permettant aux prestataires de soins de santé de mieux se dévouer à la tâche.

II. Tri et disposition initiale

Le tri et la caractérisation des patients est une tâche difficile. Lors de l'accident Cs-137 de 1987 à Goiânia au Brésil, 8,3% des 60 000 premiers patients examinés présentaient des signes d'exposition à la radiation : irritations cutanées, vomissements, diarrhée, etc. malgré le fait qu'aucun d'entre eux n'avait été exposé.

L'utilisation du terme « anxieux en bonne santé » ainsi que d'autres termes désobligeants à l'égard des patients doit être proscrite. Par l'utilisation du terme « ce n'est que dans votre tête », les patients se sentent stigmatisés et leurs préoccupations en terme de santé ne sont pas prises en considération. Lors de la phase de tri, on préférera des termes non-stigmatisants, comme « risque élevé », « risque moyen » ou « faible risque » afin de véhiculer une préoccupation continue et rassurante pour les patients.

Les professionnels de la santé mentale, idéalement des psychiatres, considérant leur passé comme médecins doivent jouer un rôle majeur dans les équipes qui s'occupent de la phase initiale d'examen et de triage des patients. La suggestion de consulter un spécialiste de la santé mentale a posteriori est souvent mal vécue par les patients car, le patient peut avoir le sentiment d'un risque d'un mauvais diagnostic en rapport à la contamination ou d'une libération précoce des services médicaux.

La mise en place d'un Centre de Services d'Urgence de Soins Prolongés (ESECC en anglais + CSUSP) permet de suivre les patients demeurant effrayés et non rassurés par les résultats médicaux négatifs. Dans le cas d'un mauvais diagnostic, le patient peut être reconduit au Département d'Urgence. Les patients souffrant de troubles physiques mineurs et ne peuvent pas retourner chez eux peuvent continuer d'être suivis au ESECC, où ils peuvent accomplir certaines tâches simples, les aidant à quitter leur rôle de patient vers une reprise de leur sens de contrôle.

III. Interventions psychologiques initiales

Les interventions psychologiques initiales, telles que les premiers soins psychologiques (PFA en anglais), sont fournis dans les premières heures, premiers jours et premières semaines suite à un événement CBRN. Les PSP reposent sur des principes inoffensifs incluant la réduction de la peur, l'augmentation du sentiment de sécurité, l'amélioration des connexions avec autrui, la restitution d'espoir et la responsabilisation des individus et de la communauté. Suite à un événement CBRN, un élément critique des PSP repose sur la qualité des soins ainsi que les critères suivants :

Premiers secours psychologiques

- Réduire la stimulation physiologique – encourager le repos, le sommeil, ainsi que la normalisation du cycle manger-dormir-travailler.
- Fournir la nourriture et le refuge dans un environnement sécurisé et rassurant.
- Orienter les survivants vers les supports et services adaptés et disponibles.

- Faciliter la communication avec les familles, les amis et la communauté.
- Aider à la localisation des proches.
- Maintenir les familles ensemble et faciliter les retrouvailles avec les proches.
- Fournir de l'information, encourager la communication et l'éducation.
- Observer, écouter et soutenir les plus affectés.
- Réduire les rappels traumatisants à l'événement CBRN.
- Conseiller de ne pas regarder/écouter la couverture médiatique d'images et de sons trop traumatisants (ex : personnes sautant d'un immeuble, récits de victimes, etc.)
- Éduquer les patients à vérifier les sources d'information et la véracité des rumeurs
- Se servir des structures communautaires existantes afin d'encourager la socialisation et l'éducation (ex : institutions religieuses, commerces, etc.)
- Distribuer des prospectus et maintenir des sites web.
- Encourager la discussion et l'implication avec les soutiens sociaux naturels du patient tels que sa famille, ses amis, ses voisins et ses collègues de travail. Cela favorisera la discussion des craintes, le soutien interpersonnel et la détection précoce des symptômes persistants,
- Offrir une réévaluation en cas de symptômes persistants.
- Informer sur le rétablissement naturel attendu chez la plupart des gens au fil du temps.
- Le terme « débriefing » désigne une pratique controversée d'intervention intense. L'appendice B présente celle-ci de manière plus détaillée.

IV. Santé : évaluation et diagnostique

- Les problèmes psychologiques et comportementaux suite à un événement CBRN dépassent souvent largement les problèmes de santé physique
- La dépression, le deuil, les conflits familiaux et la somatisation seront les présentations psychiatriques les plus courantes en comparaison avec le trouble du stress post-traumatique (PTSD en anglais).
- L'augmentation de la consommation de tabac et d'alcool sont à envisager, en particulier à court terme.
- Les troubles du sommeil, l'hyper-vigilance, la diminution de la concentration et l'incertitude seront des symptômes courants de détresse psychologique précoce. Ceux-ci doivent être gérés par l'éducation, le conseil et, dans certains cas, l'utilisation temporaire de somnifères.
- L'incertitude concernant les effets sur la santé doit être reconnue et non minimisée lors de la communication avec les patients et le public.
- Les principes de prise en charge lors de cas

présentant des symptômes médicalement inexpliqués (MUPS en anglais) comprennent :

1. Évaluer soigneusement et prendre note sur les préoccupations des patients.
2. Établir des rendez-vous de suivi régulier plutôt qu'uniquement si les symptômes persistent.
3. Consulter la hiérarchie médicale, le cas échéant.
4. Écoutez les craintes et les préoccupations du patient.

- Les patients ne comprennent ni ne se souviennent pas bien des informations lorsqu'ils ont peur. L'utilisation de documents (pamphlets, prospectus, etc.) sur l'agent CBRN question qui résume les points clés et la démarche à suivre en cas d'exposition est encouragée.
- Grand nombre de personnes seront incertaines quant à leur exposition et symptômes suite à un ou plusieurs agents CBRN (dans le cas de l'exposition à des radiations, jusqu'à 50% des personnes vivant dans des zones contaminées).
- Tous les patients seront préoccupés par un impact éventuel sur leur tissu génétique et des conséquences pour leur progéniture. Quand des enfants sont exposés, les craintes parentales seront amplifiées et les enfants auront besoin de soins et de suivi particuliers.
- Les événements négatifs de la vie survenant après un événement CBRN augmentent le risque de maladie psychiatrique, d'autres maladies médicales et de blessures.
- La détresse diminue en renforçant l'efficacité personnelle et en fournissant des informations pouvant être utilisées pour se protéger et protéger sa famille.
- La valeur psychologique de la distribution de mécanismes de protection (médicaments, antidotes, appareils, etc.) peut être significative.
- Les patients présentant de multiples plaintes somatiques aux prestataires de soins primaires peuvent avoir une maladie physique, ou cela peut être l'expression d'une détresse, d'une dépression ou d'une démoralisation. La différenciation du diagnostic exact entre ces cas et la prise en charge de ces personnes nécessitera une bonne formation des prestataires de soins primaires.
- Le manque de données sur la santé des populations exposées conduira à une mauvaise attribution de la maladie à l'exposition aux agents CBRN par les individus et les communautés.

V. Éducation des patients

- Une éducation répétée sur les risques et les contre-mesures de protection aidera à diminuer la peur, l'inquiétude et la détresse.
- Les prestataires de soins de santé doivent anticiper les questions sur la sécurité des approvisionnements en nourriture et en eau et sur la contamination

éventuelle de ceux-ci.

- Informer les patients sur le fait que la détresse est universelle et qu'ils risquent d'éprouver des symptômes tels que troubles du sommeil, la perte d'appétit et la diminution de la concentration qui devraient diminuer avec le temps. Si ces symptômes persistent ou commencent à affecter leur vie professionnelle et/ou personnelle, les encourager à retourner voir leur prestataire de soins de santé.
- Les craintes et les préoccupations concernant la contamination et les conséquences à long terme sur la santé peuvent rester élevées pendant des mois ou des années. Il est important de répondre avec précision et empathie et de reconnaître l'importance de ce qui n'est pas connu.
- Les images et l'histoire attachées aux diverses expositions ainsi que la proximité à des événements récents (radiations et énergie nucléaire, épidémies infectieuses, etc.) sont susceptibles d'alimenter les craintes.
- Les patients doivent être informés qu'ils doivent s'attendre à entendre des opinions contradictoires d'experts et, idéalement, sur la manière de faire le tri.
- Les prestataires de soins de santé doivent comprendre les principaux domaines de désaccord concernant les conséquences sur la santé à propos l'agent CBRN concerné et être prêts à les expliquer aux patients d'une manière très directe et simple. L'incertitude concernant les effets sur la santé doit être reconnue et non minimisée lors de la communication aux patients et au public.
- Des métaphores simples ou d'autres types de messages pour expliquer des idées scientifiques complexes doivent être développées pour que les fournisseurs de soins de santé puissent les utiliser avec leurs patients (ainsi qu'apparaître dans des campagnes médiatiques de masse).
- On peut s'attendre à une stigmatisation des personnes exposées ou voyageant depuis des zones contaminées. Cela affectera la relocalisation et l'entrée de nouveaux élèves dans les systèmes scolaires.
- L'éducation sanitaire dans les systèmes scolaires, les programmes d'éducation parents-enseignants et la formation des infirmières scolaires peuvent apaiser l'anxiété de la communauté.
- Les réseaux sociaux seront une source d'information pour de nombreux patients. La communication fondée sur la peur et la désinformation proliféreront rapidement après un événement CBRN. Les patients doivent être encouragés à utiliser des sources d'information fiables. Ceux qui gèrent un événement CBRN devraient utiliser les réseaux sociaux pour fournir au public des informations exactes, continues et régulièrement mises à jour.

VI. Considérations particulières (enfants et femmes enceintes)

- Les craintes des parents pour leurs enfants seront manifestes, et ce pour les enfants exposés comme les non-exposés.

- Les descriptions fournies par les parents concernant les craintes, les peurs et les problèmes de leurs enfants comprendront à la fois des observations justes et les craintes des parents eux-mêmes.
- En raison des niveaux de stress élevés des parents, l'évaluation directe des enfants et des adolescents est importante pour déterminer la santé mentale de ces derniers.
- Les femmes enceintes et les femmes avec de jeunes enfants seront très préoccupées par un incident CBRN. Les femmes enceintes peuvent demander un avortement pour éviter d'éventuelles malformations attendues ou redoutées chez l'enfant. Une éducation spéciale et des conseils seront nécessaires.

VII. Santé publique et santé mentale

- L'établissement d'un registre clinique et une surveillance médicale appropriée sont des interventions psychologiques importantes. Les patients dont les coordonnées sont enregistrées dans une base de données seront rassurés qu'un suivi sera disponible.
- Les programmes de sevrage tabagique peuvent constituer une importante intervention de santé publique
- Des documents sur les techniques et les activités de gestion du stress et de l'anxiété doivent être disponibles pour être distribués.
- Il est important de sensibiliser les personnes âgées à la santé publique, car leur détresse peut leur inciter à se replier sur elles-mêmes et à rester chez soi. Des programmes de proximité porte-à-porte pour ce groupe et ceux qui ont des besoins médicaux chroniques et qui restent à la maison seront nécessaires.
- Les préoccupations des familles concernant les effets génétiques sur les générations futures seront élevées.
- Les gens voudront s'éloigner des zones contaminées de manière immédiate et au fil du temps.
- Beaucoup croiront que le gouvernement fédéral devrait payer pour leur réinstallation et le coût des objets perdus.
- Afin que les informations fournies soient crédibles et fiables, le choix de la personne qui les délivre est aussi importante, voire plus, que le contenu lui-même.
- La contamination des approvisionnements alimentaires, en particulier du lait et des aliments culturellement importants (par exemple, les rennes en Norvège après la catastrophe de Tchernobyl) crée des besoins importants et à long terme sur les besoins en matière d'éducation et de surveillance de la santé.
- Les communautés contaminées peuvent manifester

de la cohésion ou de la colère, un moral plombé et un service social réduit en raison de la détresse et des pertes économiques.

- La relocalisation des familles est compliquée et nécessite une attention particulière aux besoins familiaux et à la justice sociale. Optimiser le choix des familles est important. Certains (environ 10%) ne voudront pas déménager même si cela leur est recommandé.
- Attendez-vous à ce que l'on doute d'une distribution équitable des ressources aux personnes affectées ou supposées affectées (nourriture, soins de santé, etc.). Une perception d'iniquité mettra l'accent sur les lignes de fractures sociales et pourra diviser les communautés.
- La logique qui sous-tend la priorisation des services doit être expliquée au public et doit être raisonnable pour ceux désignés comme moins prioritaires.
- Anticipez et planifiez une surveillance continue de la santé pendant des mois ou des années.
- Les craintes d'exposition CBRN peuvent mobiliser à la fois l'héroïsme et l'évitement chez les premiers intervenants. Ces deux émotions peuvent avoir des effets positifs ou négatifs importants sur les performances.
- La distribution des mécanismes de protection doit être étroitement surveillée pour éviter les abus et l'exploitation.
- Le stress dans et autour des zones contaminées est accru par le besoin souvent répandu de rester sur place en raison d'emplois ou de l'incapacité de vendre sa maison. Cela aura des coûts de santé psychologiques et éventuellement physiologiques à long terme.

APPENDICE A

Communication entre les prestataires de soins primaires et les patients : stratégies d'éducation suite à un événement CBRN

Contexte

- La peur des expositions à des agents CBRN peut amener de nombreuses personnes à développer des préoccupations persistantes ou à lier arbitrairement des symptômes idiopathiques à des expositions bénignes ou improbables.
- Des pourcentages importants de la population rendront visite à leur prestataire de soins primaires chaque année, ce qui en fait un cadre crucial pour la diffusion d'informations précises en matière de santé sur les risques à la suite d'expositions à des agents CBRN.
- Même dans des circonstances habituelles, une proportion importante des patients en soins primaires se présentent pour obtenir de l'aide avec des symptômes physiques médicalement

inexpliqués (par exemple, fatigue et douleur idiopathiques).

- Par conséquent, des plans de communication et d'éducation pour les fournisseurs de soins de santé primaires travaillant avec les populations potentiellement exposées sont nécessaires pour assurer des soins et une assistance médicale appropriés.

Tri des communications en soins primaires

- Après une exposition suspectée, il est utile pour les cliniques de soins primaires d'évaluer régulièrement le degré de préoccupation concernant les maladies liées à l'exposition, indépendamment des expositions réelles avec des questions comme « Votre visite d'aujourd'hui est-elle liée à des préoccupations concernant l'exposition à (insérer le nom de l'agent CBRN) ? » au début de chaque visite.
- Il est important pour tous les patients qui consultent les soins primaires, quelle qu'en soit la raison, que leur exposition aux agents CBRN soit déterminée. Dans certains milieux, cela se fera en utilisant des outils technologiques, ou peut également explorer le passé du patient en termes de temps et de lieu/emplacement sur une période critique, ainsi que les symptômes.
- Les patients qui répondent par « oui » ou « peut-être » au questionnaire sur leur inquiétude concernant une maladie liée à l'exposition doivent recevoir une évaluation supplémentaire en plus des soins primaires pour élucider la nature des inquiétudes du patient, ainsi que ses attentes et ses objectifs pour la visite médicale. Ces préoccupations et attentes guident le triage médical et l'intensité des efforts de communication des risques.
- L'évaluation des symptômes et des maladies possibles après un événement CBRN inclura les symptômes et les maladies physiques et psychologiques. L'évaluation de l'état de stress post-traumatique, des troubles dépressifs ou de l'anxiété et l'altération de l'alcool ou du tabac est importante.
- Sur la base de cette évaluation initiale de l'exposition, des préoccupations, de la présence ou non de symptômes et de la présence ou non de maladie (physique et psychiatrique), les patients peuvent être affectés à des catégories de traitement, de suivi, d'éducation et de conseil sur les risques, symptômes, inquiétudes et/ou découvertes de maladies,
- Souvent, les fournisseurs de soins primaires ont le plus de difficulté à communiquer avec ceux qui sont :
 1. potentiellement exposés mais indifférents et sans symptômes ni maladie
 2. Exposés ou non avec un niveau de préoccupation élevé mais asymptomatiques (aucun symptôme ni maladie)

3. Exposés ou non avec un niveau élevé de préoccupations et des symptômes inexpliqués (par exemple, pas de maladie). Ces patients sont souvent classés comme ayant des MIPS (en anglais, Multiple Idiopathic Physical Symptoms).

Interventions de communication pour les groupes de soins primaires critiques

- De nombreux patients, possiblement exposés mais indifférents, ne présentant pas de symptôme ni maladie, nieront ou négligeront leurs besoins médicaux personnels. Dans le cas où les besoins médicaux sont non-critiques, des coordonnées précises doivent être répertoriées dans un registre local pour faciliter le suivi et s'assurer que le patient s'est occupé de manière appropriée de ses blessures et expositions.
- Exposés ou non avec des niveaux élevés d'inquiétude mais asymptomatiques, certains patients amplifient leurs inquiétudes et doutent des paroles réconfortantes du clinicien. Dans une situation de lourdes pertes humaines, ces patients peuvent perturber la distribution de soins médicaux critiques ; anticiper ces patients en dédiant du personnel et un espace à leur prise en charge. Le développement minutieux d'un registre de leurs contacts avec des efforts dédiés pour fournir des informations et des soins de suivi est un moyen de communiquer de la compassion sans succomber à des tests risqués ou inutiles. Les recherches suggèrent qu'un test négatif n'offre qu'un réconfort transitoire (c'est-à-dire de quelques jours à une semaine ou deux) et peut parfois augmenter les problèmes de santé, en particulier lorsque des résultats faussement positifs se produisent. Discuter des préoccupations des patients et explorer les tests dont le patient pense avoir besoin empêche souvent que ces derniers se sentent traités à la légère par le clinicien. Le suivi en fonction du temps (visites planifiées plutôt qu'au cas par cas (« PRN visits » en anglais)) réduit les inquiétudes liées à la maladie, augmente la satisfaction à l'égard des soins et peut réduire ou supprimer de futurs litiges.
- Exposé ou non exposé avec des niveaux élevés de préoccupation et des symptômes inexpliqués (pas de maladie, MIPS), comme pour le patient concerné mais asymptomatique, le patient à symptômes idiopathiques peut perturber la distribution de soins critiques. Ces patients peuvent ressentir une anxiété accrue lors de visites cliniques car, contrairement au patient présentant des problèmes isolés, ces patients souffrent souvent visiblement et leurs symptômes peuvent sembler potentiellement catastrophiques (par exemple douleurs thoraciques et transpiration).

En plus d'un espace dédié, de personnel, d'un registre des contacts et d'efforts redoublés de suivi des soins primaires, la gestion des patients affectés par des symptômes inexpliqués devrait impliquer des brochures,

des fiches d'information et de la littérature sur les approches d'autogestion des symptômes médicalement inexpliqués. Lors de la phase critique suite à l'événement, il est utile de trier ces patients et de les placer dans une zone distincte de la zone de soins des personnes gravement malades, sans que cette zone soit étiquetée ou perçue comme une zone de « soins psychiatriques » pour les patients « anxieux » de sorte qu'elle reste le plus acceptable possible. Beaucoup de ces patients craignent que leurs symptômes ne soient le signe avant-coureur d'une catastrophe médicale imminente. Le ressenti du patient peut conduire à un cercle vicieux dans lequel les patients peuvent « faire monter les enchères de la maladie » jusqu'à ce qu'ils obtiennent une légitimité médicale. Par conséquent, les patients présentant des symptômes inexpliqués doivent recevoir une confirmation précoce et fréquente du clinicien que les symptômes sont importants et seront suivis rapidement et attentivement. Les soins aux patients présentant des symptômes inexpliqués sont frustrants pour les médecins de soins primaires, surtout si le médecin estime que des « problèmes mineurs » les détournent des soins plus critiques.

Le recours à un « médiateur (ombudsman en anglais) » ou d'un « défenseur » qui peut aider les patients présentant des symptômes inexpliqués à surmonter les obstacles perçus aux soins contribue à désamorcer la perception chez les patients que « personne ne se soucie d'eux », et offre aux cliniciens un « programme » réduisant la pression de répondre aux besoins de ces patients. L'ombudsman peut faire des efforts particuliers pour s'assurer que les symptômes soient reconnus, « acceptés » et soigneusement discutés. Comme pour les patients concernés mais asymptomatiques, un suivi ponctuel est essentiel. Si les symptômes persistent et que les explications des symptômes restent floues, certains de ces patients peuvent se méfier des motivations des cliniciens et développer d'improbables « théories du complot ». La défense de ces personnes peut réduire la probabilité d'éventuels litiges, y compris des recours collectifs.

APPENDICE B

Le débat autour du « Débriefing »

Le nombre des morts et l'ampleur des dommages lors des catastrophes, ainsi que l'étendue de la réponse, exigent une attention particulière. La sécurité physique des victimes et des travailleurs humanitaires doit être prioritaire.

Une fois la sécurité assurée, d'autres interventions telles que le débriefing peuvent commencer. Le débriefing est une intervention précoce populaire après une catastrophe dans laquelle de petits groupes de personnes impliquées dans la catastrophe, tels que des secouristes, se réunissent en une seule longue session pour partager des sentiments et des expériences individuelles. L'efficacité de ces séances dans la prévention de problèmes de santé mentale ultérieurs fait l'objet de nombreux débats. Au minimum, les éléments

suivants doivent être pris en compte si le débriefing fait partie du cadre d'un plan d'intervention.

- Le repos, la pause, le sommeil, l'alimentation et l'eau sont les principaux outils d'intervention précoce.
- Il est important d'encourager les processus de rétablissement naturel comme parler aux collègues de travail, aux conjoints et aux proches. Cela peut réduire l'isolement et donc faciliter l'identification des symptômes persistants et augmenter les chances d'orientation précoce.
- Il n'a pas été démontré que le débriefing prévenait le stress post-traumatique. Pour certains, cela peut soulager la douleur, restaurer certaines fonctions et limiter l'invalidité. Dans certains cas, le débriefing peut aggraver les symptômes.
- Il existe un certain nombre d'approches d'intervention précoce autres que le débriefing (par exemple, continuer à suivre et à réévaluer, gestion de cas et résolution de problèmes, formation au soutien émotionnel des couples, somnifères, psychothérapie intermittente et conseils/éducation). Ceux-ci doivent être pris en compte dans un plan d'intervention.
- Le débriefing durant un événement traumatique en cours peut être particulièrement problématique.
- Le débriefing est une opportunité d'éducation sur les réponses aux traumatismes tels que les réactions émotionnelles à la catastrophe, les réactions somatiques, la violence, la toxicomanie et le stress familial.
- Lors d'un débriefing, il y a une grande opportunité d'identifier et de trier les personnes qui ont besoin d'une assistance/intervention supplémentaire.
- Les groupes récurrents sont plus utiles qu'une réunion ponctuelle.
- Parler au sein de groupes homogènes (par exemple, les pompiers) peut être plus utile que dans des groupes (inconnus) hétérogènes.
- Les personnes confrontées au décès d'un être cher peuvent avoir des difficultés si elles sont placées dans un groupe avec d'autres ayant survécu à une expérience potentiellement mortelle. Par conséquent, il est généralement important de ne pas mélanger ceux qui ont subi une perte et ceux qui ont été exposés à des situations mettant leur vie en danger.
- Les groupes de débriefing composés d'individus à différents niveaux et types d'exposition peuvent « répandre » étendre l'exposition de ceux qui sont fortement exposés à des traumatismes à ceux qui sont peu exposés, causant davantage de symptômes chez les individus peu exposés.
- D'aucuns ont des histoires et des préoccupations différentes. Les groupes ont souvent tendance à vouloir que tous soient d'accord sur une même perspective. Dans un groupe hétérogène, cela peut conduire à l'isolement et à la stigmatisation de certains participants.

Références

- Bromet, E.J. (2014). Emotional consequences of nuclear power plant disasters. *Health Physics*; 106(2): 206-210.
- Bromet, E. J., Goldgaber, D., Carlson, G., Panina, N., Golovakha, E., Gluzman, S. F., Gilbert, T., Gluzman, D.,
- Lyubsky, S., Schwartz, J. E. (2000). Children's well-being 11 years after the Chornobyl catastrophe. *Archives of General Psychiatry*; 57:563-571.
- Collins, D. L. (1992). Behavioral differences of irradiated persons associated with the Kyshtym, Chelyabinsk, and Chernobyl nuclear accidents. *Military Medicine*, 157(10): 548552.
- Green, B. L., Korol, M., Gleser, G. C. (1999). Children's responses to a nuclear waste disaster: PTSD symptoms and outcome prediction. *Journal of the American Academy of Children*; 38(4): 368-88.
- Ginzburg, H. M., Reis, E. (1991). Consequences of the nuclear power plant accident at Chernobyl. *Public Health Reports*; 106(1): 32-40. Ginzburg, H. M. (1993). The psychological consequences of the Chernobyl Accident — findings from the International Atomic Energy Agency study. *Public Health Records*, 108(2):185-192.
- Hiroko, H., Yamawaki, N., Uchiyama, K., Arai, S., Horikawa, E. (2014). Trauma, depression, and resilience of earthquake/tsunami/nuclear disaster survivors of Hirono, Fukushima, Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68(7):524-533.
- Ng, K-H., Lean, M-L. (2012). The Fukushima nuclear crisis reemphasizes the need for improved risk communication and better use of social media. *Health Physics*; 103(3): 307-310.
- Pastel, R. H., Kahles, G. R., Chiang, J. (1999). The medical and psychological consequences of radiation dispersal devices. *AFFRI White Paper on Medical and Psychological Effects of RDDs*, Armed Forces Radiobiology Research Institute.
- Raphael, B. & Wilson, J.P. (Eds.), *Psychological Debriefing. Theory, practice and evidence* UK: Cambridge University Press, 2000.
- Shultz, J.M., Baingana, F., Neria, Y. (2015). The 2014 Ebola outbreak and mental health: current status and recommended response. *JAMA*; 313(6): 567-568.
- Towers, S. Afzal, S., Bernal, G., Bliss, N., Brown, S. (2015). Mass media and the contagion of fear: the case of Ebola in America. *PLoS ONE*; 10.1371/journal.pone.0129179.s001.
- Ursano, R. J. (2002). Post-Traumatic Stress Disorder. *New England Journal of Medicine*; 346(2):130-132.
- Vyner, H. M.: The psychological effects of ionizing radiation. *Culture, Medicine, and Psychiatry*; 7(3): 241-61, 1983.
- Vyner, H. M. (1988). The psychological dimensions of health care for patients exposed to radiation and the other invisible environmental contaminants. *Social Sciences Medicine*; 27(10):1097-1103.
- Weinberg, A., Kripalani, S., McCarthy, P. L., Schull, J. (1995). Caring for survivors of the Chernobyl: What the clinician should know. *JAMA*; 274(5):408-412.
- Yehuda, R. (2002). Post-Traumatic Stress Disorder. *New England Journal of Medicine*; 346(2):108-114.