

10^{es} JOURNÉES SCIENTIFIQUES INTERNATIONALES des CUMP

Centre Diocésain - 133, avenue de la République - 63051 Clermont-Ferrand Cedex 2

19, 20, 21 Juin 2008, Clermont-Ferrand



L'ivresse du Trauma

© a-m-e-r.com . 2008

 **AFORCUMP-SFP**

www.aforcump-sfp.org
agrée formation continue N°11753981379


**UNIVERSITÉ
D'Auvergne**
CLERMONT - FD1


**UNIVERSITÉ
DE MÉDECINE**

Organisées par l'AFORCUMP-SFP.
Association de Formation et de Recherche des Cellules d'Urgence
Médico-Psychologique - Société Française de Psychotraumatologie.

Comité d'organisation :

G. Brousse, O. Blanc, D. Bourguet, , V. Boute Makota, J-L. Buisson, I. Chereau, P. Couderc, CUMP 63, J. Durand Roger, F. Ducrocq, J. Geneste, L. Jehel, G. Léppée, M. Lamrani, J-P. Loughnon, C. Perrier, A-L. Pontonnier, A. Schmitt, Traumapsy, APIS, AVEC63.

Comité scientifique :

T. Bigot, D. Bourguet, G. Brousse, L. Crocq, F. Dissait, C. Duchet, F. Ducrocq, T. Faict, Julie Geneste, Jacques Geneste, M. Grappe, I. Jalenques, J-L. Jeannin, L. Jehel, P-M. Llorca, J. Liotier, P. Louville, D. Meslier, S. Molenda, C. Navarre, A. Ponseti-Gaillochon, N. Prieto, A-F. Teissedre, J. Schmidt.

Chers collègues, chers amis,

Pour la 10^{ème} fois, grâce à vous, nous pouvons réaliser ces journées annuelles de l'AFORCUMP-SFP et nous vous remercions de votre présence. Nous avons construit ensemble les CUMP et l'AFORCUMP, celle-ci a étendu plus récemment sa place vers la psychotraumatologie intégrant ainsi toute la part incontournable de la prise en charge aux urgences et dans les différentes consultations que nous avons développées.

Depuis le début de cette aventure, c'est grâce à la motivation et l'engagement de chacun que nous avons pu constituer un réseau national qui reste encore imparfait mais qui est exemplaire pour apporter une aide constructive aux victimes de traumatisme psychique. Aujourd'hui grâce à l'action engagée de Francois Ducrocq avec le précédent conseil d'administration et du soutien en particulier du Pr Louis Crocq l'AFORCUMP-SFP a acquis un rayonnement national et international. Nous sommes représentés dans l'association ESTSS (European Society of Stress Studies) et en cours d'y être affilié.

Cette année nous avons choisi de porter une attention toute particulière à une des pathologies grave et insidieuse qui peut se développer après un traumatisme psychique. Notre réflexion s'inscrit dans la dynamique du développement de l'addictologie auquel l'équipe de Clermont-Ferrand est très attentive. Le titre de notre congrès évoque aussi la complexité du trauma et la fascination qu'il peut entraîner auprès non seulement des medias mais des professionnels et bénévoles qui sont impliqués. Comme les dernières années et à votre demande nous avons laissé un temps important aux ateliers, pour nous permettre d'avancer ensemble encore plus loin en rassemblant les expériences que nous avons acquises et les connaissances des experts.

Nous sommes très heureux et honorés de vous accueillir tous et nous vous souhaitons un excellent congrès.

Louis Jehel

Président de l'AFORCUMP-SFP pour le CA de l'AFORCUMP-SFP

Georges Brousse

Pour le comité d'organisation

PROGRAMME

JEUDI 19 JUIN

■ 14h30 – 17h30 : Ateliers de formation (Sur inscription préalable. Formation continue)

SENSIBILISATION AU PSYCHOTRAUMATISME (20 places) - **salle 114**

- Intervenants : M. Grappe, D. Bourguet
Mise en situation d'une I.P.P.I. et analyse des pratiques (15 places) - **salle 111**
- Intervenants : C. Duchet, T. Bigot
Psychotraumatisme et TCC (20 places) - **salle 112**
- Intervenants : A. Ponseti-Gaillochon, S. Molenda
Formation à la passation de la CAPS (20 places)
- Intervenants : P. Louville, J. Durant-Roger
Rôle et missions des infirmiers au sein d'une CUMP (30 places) - **salle 110**
- Intervenants : J.L Jeannin, D. Meslier

VENDREDI 20 JUIN

■ 08h30 – 09h00 : Accueil des participants

■ 09h00 – 09h30 : Allocutions d'ouverture

- Mme R. Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
- M. Le Pr P. Deteix, Doyen de la Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand
- M. J-P Segade, Directeur du CHU de Clermont-Ferrand
- M. Le Dr F. Dissait, Directeur du SAMU-CODIS 63

■ 09h30 – 10h45 : 1^{ère} séance plénière

« IVRESSE, TRAUMA ET FASCINATION »

- Président : A. Charles Nicolas (Fort de France)
Modérateurs : L. Jehel (Paris), T. Bigot (Paris)
Orateurs : V. Nahoum-Grappe (Paris)
De l'ivresse de la fascination à l'addiction à l'image
G. Briole (Paris)
La fascination des soignants

■ 10h45 – 11h15 : Pause – visite des stands

■ 11h15 – 12h45 : 2^{ème} séance plénière

« IVRESSE, TRAUMA ET RÉPARATION »

- Président : M. Andréoli
Modérateurs : J. Lesturgeon (Clermont-Fd), G. Brousse (Clermont-Fd)
Orateurs : P. Birmes (Toulouse)
Evolution des symptômes psycho-traumatiques : la cohorte «blessés AZF»
G. Fidelle (Metz) Addiction et trauma
T. Baubet (Paris) Adolescence, trauma, ivresse et passage à l'acte

■ 12h45 – 14h00 : Pause déjeuner – sessions posters

■ **14h-14h30 : Rencontre avec l'expert**

« **ENTRE TRAUMA ET ADDICTION, QUELS LIENS BIOLOGIQUES ?** »

Orateur : G. Vaiva (Lille)

■ **14h30 – 17h00 : Ateliers de travail (pause et visite des stands de 15h15 à 15h45)**

- Quand l'addiction à l'alcool cache le trauma - **salle 110**
Modérateur : P. Louville (Paris)
Experts : A. Schmitt (Clermont-Fd), J-M Sigward (Paris)
- Evaluation du retentissement immédiat du psychotraumatisme (aspects médico-légaux) - **salle 111**
Modérateur : M. Lablanquie (Aurillac) - Experts : T. Faict (Clermont-Fd), G. Lopez (Paris)
- Adolescents, conduites à risque et trauma - **salle 112**
Modérateur : M. Grappe (Paris) - Experts : S. Turbe (Clermont-Fd), J. Beraud (Clermont-Fd)
- Prise en charge psychothérapeutique immédiate pour les victimes (adultes - enfants) - **salle 113**
Modérateur : M. Pecot-Kleiner (Clermont-Fd)
Experts : N. Prieto (Lyon), H. Romano (Paris)
- Urgences, trauma et alcool : les victimes d'AVP ? - **salle 114**
Modérateur : C. Navarre (Rouen)
Experts : O. Cottencin (Lille), C. Perrier (Clermont-Fd)

■ **17h30 – 18h30 : ASSEMBLEE GENERALE AFORCUMP-SFP**

SOIREE DES 10^e Journées des CUMP

Présentation du film «Une cellule psychologique a été mise sur pied ...»

SAMEDI 21 JUIN

■ **09h00 – 10h30 : Ateliers par appel de communication**

- Addiction et trauma - **salle 110**
Modérateur : I. Chéreau (Clermont-Fd) - Discutant : J-M Philippe (Aurillac)
- Retours d'expériences I - **salle 111**
Modérateur : D. Meslier (Poitiers) - Discutant : G. Leppée (Clermont-Fd)
- Retour d'expérience II - **salle 112**
Modérateur : J.P. Loughon (Clermont-Fd) – Discutant : J. Liofier (Clermont-Fd)
- Recherche et trauma - **salle 113**
Modérateur : S. Molenda (Lille) - Discutant : O. Blanc (Clermont-Fd)
- Thème libre - **salle 114**
Modérateur : C. Duchet (Paris) – Discutant : T. Bigot (Paris)

■ **10h30 – 11h : Pause**

■ **11h – 11h30 : 3^{ème} séance plénière**

« **IVRESSE ET TRAUMA : UN AUTRE REGARD** »

- Président : I. Jalenques (Clermont-Fd)
Modérateur : J. Geneste (Clermont-Fd)
Orateur : O. Cottencin (Lille)
Intérêt de l'EMDR dans la prise en charge du traumatisme psychique

■ **11h30 – 12h30 : Table ronde**

« **LA CHAÎNE DES SOINS : DE L'IMMÉDIAT AU DIFFÉRÉ** »

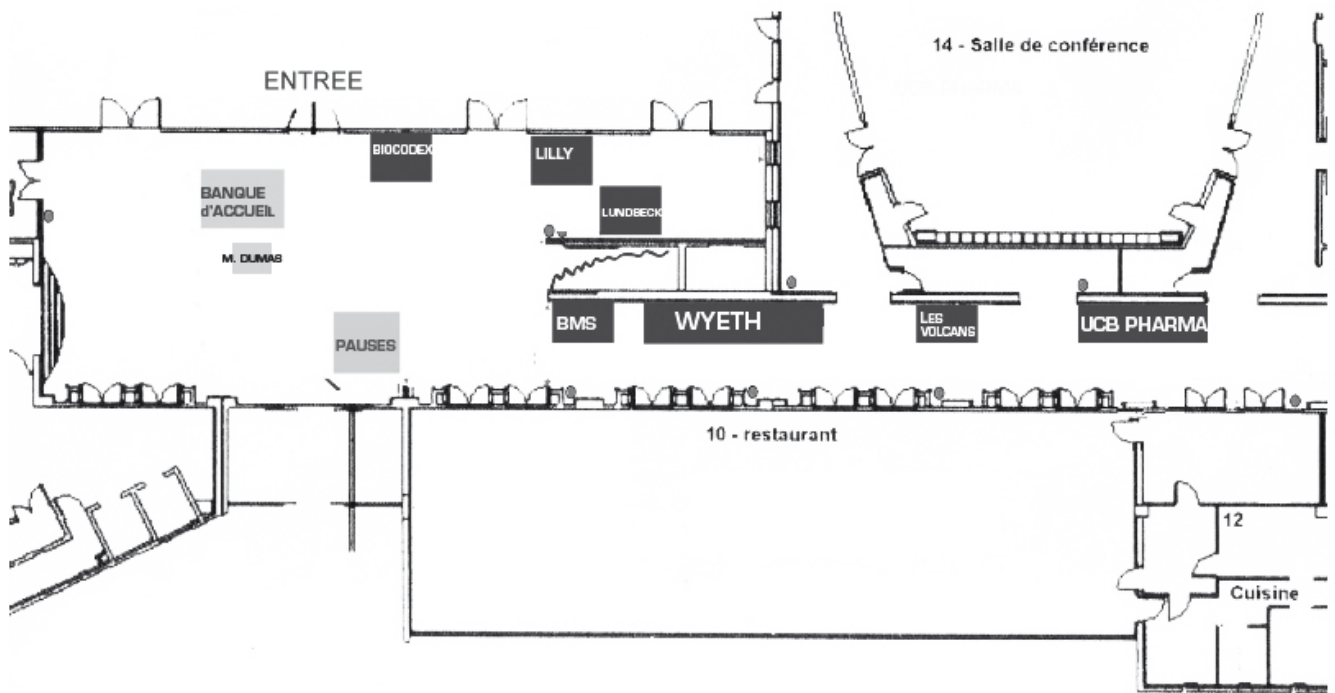
- Présidents : P.-M Llorca (Clermont-Fd) - F. Lebigot (Paris)
Intervenants : L. Crocq (Paris), F. Ducrocq (Lille), N Prieto (Lyon), P. Louville (Paris), représentant du ministère, JL Jeanin (Carcassonne)

■ **12h30 – 12h45 : Conclusion des journées**

L. Jehel (Président de l'AFORCUMP-SFP)

PLAN DE L'EXPOSITION

PLAN HALL
CENTRE DIOCESAIN



LABORATOIRE D'ÉTHIQUE MÉDICALE et MÉDECINE LÉGALE

Professeur Christian HERVÉ

45, rue des Saints Pères - 75006 PARIS

Secrétariat 01 42 86 41 32/20 89 - Fax 01 42 86 41 33

DIPLÔME D'UNIVERSITÉ de 3^{ème} CYCLE

VICTIMOLOGIE

2008/2009

Coordinateurs de l'enseignement : Dr. Gérard LOPEZ, Dr Louis JEHEL
et Dr Laurent MAGNIER

Responsables de modules : S. Tzitzis, G. Bernard, C. Duchet



Ce diplôme a pour objectif l'enseignement scientifique de la victimologie, le développement de la recherche dans ce domaine et la promotion de cette nouvelle discipline. La préparation de ce diplôme constitue un complément de formation utile à tous ceux qui, professionnellement, approchent les victimes.

Il s'adresse aux professionnels de santé (médecins, psychologues, psychiatres, personnels infirmiers), aux juristes (avocats, magistrats), aux travailleurs sociaux, aux personnels du secteur associatif, aux policiers. Cette formation peut s'intégrer dans un cursus universitaire classique ou s'inscrire dans les actions de formation continue que proposent, à leurs personnels, les organismes de secteurs publics et privés.

ENSEIGNEMENT

Il est assuré par des professeurs d'Université, des médecins psychiatres, des psychologues, des magistrats, des avocats et des criminologues. L'enseignement théorique commence dès le premier trimestre de l'année universitaire. La présence au cours est facultative mais vivement conseillée.

Cet enseignement est consacré à la victimologie clinique et à l'étude des concepts criminologiques, juridiques et psychotraumatologiques. Il est sanctionné par un examen de fin d'études comportant une épreuve écrite (fin juin)

L'enseignement est sanctionné par un examen de fin d'études comportant : la rédaction d'un mémoire + une épreuve écrite (fin juin), une épreuve orale (courant septembre). Une seule session annuelle.

Un stage pratique, de 3 jours minimum, dans un service médico judiciaire, un service d'aide aux victimes ou un centre de soins spécialisés est obligatoire.

PROGRAMME

Le programme détaillé peut être consulté sur le site : www.parisdescartes.fr

CONDITIONS D'INSCRIPTION

Sont admis à s'inscrire en vue de ce diplôme :

- les titulaires d'un diplôme français d'État de docteur en médecine,
- les titulaires d'un diplôme de médecine d'un pays étranger en fin de cursus,
- les psychologues titulaires d'un D.E.S.S. de psychologie ou d'un master équivalent,
- les candidats inscrits au D.E.S.C. de médecine légale ou en deuxième année de D.E.S. de psychiatrie,
- les avocats, les magistrats et les juristes titulaires d'une maîtrise en droit ou d'un master équivalent,
- aux professionnels justifiant d'une pratique en victimologie sur proposition du Directeur du Laboratoire d'Éthique et Médecine légale, après avis de la commission pédagogique.

Les étudiants désirant s'inscrire doivent adresser une lettre de motivation avec C.V. : par courrier ou fax : au Directeur du Laboratoire d'Éthique Médicale et Médecine Légale (voir adresse ci-dessus)

Un dossier permettant d'effectuer une inscription sera adressé aux étudiants par le secrétariat de l'UFR Biomédicale.

DROITS D'ENSEIGNEMENT

Formation initiale : 900 euros + droits d'inscription

Formation continue : 1650 euros + droits d'inscription (Possibilité de prise en charge par un employeur au titre de la formation continue)

VENDREDI 20 JUIN

IVRESSE, TRAUMA ET FASCINATION

9H30 - 10H45 - AMPHITHÉÂTRE

■ Md. V. NAHOUM-GRAPPE (Paris)

Résumé non parvenu

LA FASCINATION DES SOIGNANTS

■ Pr. G. BRIOLE (Paris)

Le traumatisme fascine car il nous regarde tous, au hasard de la contingence. Trop près, trop loin, il est difficile pour les soignants de trouver le réglage de la bonne distance. Dès lors, il importe de savoir comment se situer entre, d'un côté, une relation d'empathie par identification et, d'un autre côté, une mise à distance qui trouve à se justifier dans des techniques qui n'impliquent pas le transfert ? La bonne place est certainement celle qui prend en compte chaque situation au cas par cas des effets de la rencontre traumatique.

EVOLUTION DES SYMPTÔMES PSYCHO-TRAUMATIQUES : LA COHORTE «BLESSÉS AZF» 11H15 - 12H45 - AMPHITHÉÂTRE

■ Pr. P. BIRMES

(Laboratoire du Stress Traumatique JE 2511, Université de Toulouse)

Six ans après la catastrophe industrielle de Toulouse, 180 victimes blessées ce jour-là participaient encore à un suivi longitudinal : 52 % étaient des hommes, 58 % vivaient en couple et 67 % étaient actifs ; 36 % étaient sur le site de l'usine le jour de l'explosion, 46 % à moins d'1 Km et 20 % à plus d'1 Km.

Les symptômes péritraumatiques, les symptômes de stress aigu, les symptômes de PTSD à 6 mois et à 15 mois et de dépression à 2 mois et à 15 mois étaient significativement corrélés aux symptômes de PTSD exprimés 6 ans après la catastrophe.

L'exposition à des événements potentiellement traumatisants, avant et après la catastrophe, était également associée aux symptômes de PTSD actuels.

Pour 75 % ces victimes déclaraient avoir été expertisées, une insatisfaction concernant les conclusions de l'expertise était également associée aux symptômes actuels de PTSD.

Enfin, 2.1 % des victimes déclaraient un problème d'alcool avant la catastrophe et 10.1 % après la catastrophe, sans qu'il ne soit possible de montrer dans ce groupe une relation significative avec l'intensité des symptômes de PTSD.

Ainsi, cette étude prospective et longitudinale confirme l'importance de l'évaluation précoce des symptômes psychotraumatiques immédiats, post-immédiats et aigus, pour le dépistage des victimes à risque pour le développement de symptômes de PTSD chroniques et persistants.

ADDICTION ET TRAUMA

Données épidémiologiques et cliniques

■ Pr. G. FIDELLE

Hôpital d'instruction des armées Legouest – Metz

Ce travail est une revue de la littérature portant sur les liens entre événements potentiellement traumatiques, état de stress posttraumatique et conduites addictives.

Les études ont longtemps concerné les vétérans du Vietnam. Cependant, depuis quelques années, les nouveaux conflits, les attaques terroristes, mais aussi les agressions sexuelles ou des cas de maltraitance dans l'enfance font l'objet de nouvelles recherches. En revanche, les écrits restent rares sur les conséquences des catastrophes naturelles.

Ces études sont dans l'ensemble rétrospectives. Les méthodologies sont souvent différentes et ne permettent pas une comparaison rigoureuse des résultats entre eux. Les définitions d'événements traumatiques et d'état de stress posttraumatique (ESPT) sont parfois floues. De même, il peut être difficile de distinguer la conduite addictive en cause sachant cependant qu'il s'agit exclusivement de consommation d'alcool ou de substances psychoactives illicites.

Néanmoins, des faits épidémiologiques et une certaine connaissance clinique surgissent de ces lectures et amènent une réflexion quant aux mécanismes en jeu et aux prises en charge à mettre en œuvre. La co-occurrence entre ESPT et conduites addictives est importante. L'alcoolodépendance reste la modalité la plus fréquente. Deux grands types de population se distinguent : une première population de sujets dépendants à une substance avant exposition à un quelconque événement traumatique. Une deuxième population de sujets ayant développé d'abord un ESPT et ayant initié ou aggravé une conduite addictive dans un deuxième temps. Ici, le choix de la substance psychoactive n'est pas anodin. L'alcool serait davantage lié au Trauma, tandis que les autres drogues seraient plus en corrélation avec l'ESPT installé. Par ailleurs, chacune de ces populations répond à des critères psychopathologiques différents, amenant des nuances dans la prise en charge. La nature du trauma serait également un autre facteur à considérer, les guerres étant plus pourvoyeuses d'ESPT chez les hommes, tandis que les attaques terroristes et les agressions sexuelles rendraient les femmes beaucoup plus vulnérables au développement d'un ESPT.

Mais dans tous les cas, les modalités thérapeutiques s'inscrivent dans la prise en compte simultanée des deux pathologies, dont on connaît les difficultés propres, leur association grevant le pronostic et nécessitant un accompagnement thérapeutique spécifique.

TRAUMATISME, IVRESSE ET IDENTITÉ

Approche transculturelle

■ Dr. T. BAUBET (Paris)

À partir de l'exemple de la prise en charge d'un jeune homme, ancien enfant combattant au Congo-Brazzaville, nous nous interrogeons sur les rapports entre ivresse et trauma dans une perspective transculturelle. Ivresse et trauma sont deux moyens de modifier l'identité du sujet souvent utilisés lors des rites initiatiques, mais aussi lors de procédures de déshumanisation. Ils sont alors conduits à se répéter lors de conduites addictives et de comportements traumatophiliques, et deviennent alors source de désaffiliation. Penser leur potentiel de transformation permet de redynamiser les prises en charge.

RENCONTRE AVEC L'EXPERT 14H - 14H30 - AMPHITHÉÂTRE

Entre Trauma et Addictions, quels liens neurobiologiques ?

■ Pr. G. VAIVA & Dr. O. COTTENCIN

Pôle de Psychiatrie, CHU de Lille

Voilà bien une réalité clinique que la fréquence des comorbidités réciproques entre Addictions et Psychotraumas. Parmi les sujets présentant un PTSD, 40% présentent également au moins une conduite addictive ; à l'inverse, on estime qu'un quart des sujets souffrant d'une addiction présente ou ont présenté un PTSD. Les psychotraumas concernent entre 1 et 5% de la population française ; les conduites addictives, de 5 à 8%.

La neurobiologie des addictions est centrée sur le circuit de récompense et la transmission dopaminergique ; celle du PTSD est centrée sur les troubles de la régulation du cortisol et des catécholamines. Où peuvent être les liens ?

Nous évoqueront les hypothèses plausibles, en tentant de répondre à trois questions : le PTSD prédispose-t-il aux addictions ? Les addictions prédisposent-elles au PTSD ? Les deux troubles sont-ils la conséquence d'un même terrain de vulnérabilité ?

QUAND L'ADDICTION À L'ALCOOL CACHE LE TRAUMA

14H30 - 17H - SALLE 110

■ Dr. A. SCHMITT

La dépendance à l'alcool touche près de 52% des hommes et 28% des femmes souffrant de PTSD. De plus, 35% des hommes et 27% des femmes souffrant de PTSD montrent aussi une dépendance aux substances (Kessler et al, 1995). Cette comorbidité affecte négativement la digestion émotionnelle de l'évènement traumatique. En effet, l'alcool ou la drogue sont utilisés pour diminuer les symptômes d'anxiété, pour se déconnecter de la réalité, pour oublier des souvenirs douloureux ou gérer une culpabilité, et souvent pour atteindre un état de bien être. Cela renforce la structure de peur, maintient de façon puissante l'évitement par renforcement négatif et cristallise les symptômes post-traumatiques. Cela entretient et majore la dépendance. Cette dépendance peut entraîner des stress supplémentaires qui renforcent la détresse de la victime : problèmes financiers, isolement social, dégradation des relations interpersonnelles, absentéisme au travail, etc...

Nous aborderons le thème de la dépendance à l'alcool chez les patients souffrant de PTSD à travers un cas clinique : Mr L. Ce patient, dont l'ivresse l'a ramené à chaque fois aux mêmes impasses, a pu évoquer au cours de sa prise en charge, presque incidemment, un drame de son enfance. Chez ce patient, comme pour beaucoup d'autres, son histoire est une succession de confrontations répétées aux épreuves traumatiques. Le problème de la dépendance à l'alcool doit être traité afin que le processus thérapeutique d'intégration émotionnelle des évènements puissent s'effectuer.

■ Dr. J-M. SIGWARD

Les antécédents psychotraumatiques sont fréquemment sous-estimés voire ignorés chez les patients souffrant d'un alcoolisme, il en va de même pour les autres conduites addictives, que celle-ci concernent un produit ou un comportement.

Les rationalisations, la banalisation des consommations contribuent à cette sous évaluation, par les patients eux-mêmes ou par leur entourage. Celle-ci, témoignent de la fonction adaptative des conduites addictives, tant au niveau de la personne concernée que de son entourage affectif et des groupes sociaux auxquels ils appartiennent.

Les manifestations symptomatiques des complications psychiatriques induites par les consommations chroniques de produits psychotropes, en particulier les troubles dépressifs et anxieux mais aussi l'impulsivité avec les passages à l'acte autoagressif se confondent avec les troubles associés aux états de stress post traumatiques chroniques. Les difficultés diagnostic et donc thérapeutiques sont elles mêmes augmentées par les « modifications de la personnalité » induites par le psychotraumatisme qui entre souvent en résonance avec l'organisation de la personnalité limite de ces patients.

L'objectif de cette présentation est de servir de support aux échanges avec les participants autour du parcours du patients souffrant de troubles addictifs. Parcours qui débute souvent très tôt dans l'adolescence au décours d'un état de stress post traumatique souvent passé inaperçu et dont les manifestations symptomatiques ont été interprétées comme liées à la personnalité ou à la crise d'adolescence.

EVALUATION DU RETENTISSEMENT IMMÉDIAT DU PSYCHOTRAUMATISME (ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX)

14H30 - 17H - SALLE 111

■ Pr. T. FAICT (Clermont-Fd)

MÉDECINE LÉGALE & PSYCHO TRAUMATISME FAICT T., ESCARD E. & COLL.

La médecine Légale est indiscutablement la spécialité médicale qui traite des violences et de la mort. Si le psycho traumatisme et ses effets dévastateurs au long cours restent encore ignorés de nombre de nos collègues, il nous a par contre paru indispensable de l'intégrer sous toutes les facettes de notre exercice : qualification et orientation pénale, graduation de la peine, signalement, dépistage précoce et prévention des complications, ... Nous avons donc repris et travaillé les définitions les plus élémentaires, mais les plus pertinentes, pour les appliquer à notre consultation pluridisciplinaire et au suivi des victimes et de leurs proches – nombreux – qui nous sont quotidiennement confiées. De cette expérience, nous avons bâti un certain nombre de principes de prise en charge qui guident quotidiennement l'activité de cet important service de soins qu'est la consultation médico-légale...

Définitions utiles :

« Il y a violence quand, dans une situation d'interaction, un ou plusieurs acteurs agissent de manière directe ou indirecte, en une fois ou progressivement, en portant atteinte à un ou plusieurs autres à des degrés variables soit dans leur intégrité physique, soit dans leur intégrité morale, soit dans leurs possessions, soit dans leurs participations symboliques et culturelles » (d'après Yves MICHAUD)
« La victimologie est la discipline scientifique qui traite de la victime dans tous ses aspects et incidences : cliniques, existentiels, sociologiques et anthropologiques, juridiques, pénaux, (experts), réparateurs et thérapeutiques » (d'après G. LOPEZ)

ONU : « [...] doivent être considérées comme des victimes des personnes qui individuellement ou collectivement, ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux, en raison d'actes ou d'omissions qui enfreignent les lois pénales en vigueur dans un Etat (de Droit) ». Le psycho-traumatisme ou "traumatisme psychique" est : « [...] un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur » (d'après le Général Louis CROCQ) : exposition brutale au réel de la mort !

Principes de LEVI-FAICT (Clermont-Ferrand) :

La violence est une entrave particulièrement grave au Droit, aux droits élémentaires et à la santé ;

Les violences concernent (auteurs et victimes) tous les âges, tous les sexes, tous les milieux (sophistication), toutes les religions, toutes les structures, toutes les organisations sociales, tous les stades de développement socio-économique (surtout dès lors que certains facteurs appartenant à d'autres groupes sont introduits : alcool, ...). Il s'agit alors le plus souvent d'un problème d'interface culturelle et d'intolérance (bulle sociale) ;

Elles sont le fait d'un dévoiement (et parfois d'une relation perverse) du principe de « force naturelle » – lié à l'agressivité atavique – par l'introduction du principe de « plaisir » rendant l'Homme non tant méchant, mais « mauvais » et visant à soumettre ou démettre son objet (victime) en dehors de tout concept de persuasion (soumission) ;

Cette violence traduit chez l'auteur une faiblesse secrète, voire une pathologie psychiatrique handicapante des rapports à « l'autre » dans la genèse de laquelle l'éducation et l'exemplarité ne sont JAMAIS étrangers ;

Les auteurs de violences sont parfois, mais non nécessairement, d'anciennes victimes, bien au contraire. Les éléments biographiques ne constituent jamais, en soi, de justification ou d'explication rationnelle aux faits de violence ;

Doit être considérée comme victime, celui ou celle qui se présente ou se considère comme telle. Elle garde ce statut jusqu'à preuve médico-psychologique du contraire ;

Chaque victime est unique ! On ne naît pas victime, on le devient : il n'y a pas de fatalité ; on ne devient pas victime « par hasard » : la victime participe INVOLONTAIREMENT et inconsciemment à son processus de victimation (cause et effets) ; l'être humain est une unité à part entière qui doit être prise en charge dans sa globalité et ne doit plus être « tronçonnée » en éléments de spécialités ;

Il y a toujours nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire EN UN LIEU & EN UN TEMPS : médicale, psychologique, associative, judiciaire, policière, sociale, ... Manquer l'une de ces composantes expose à laisser une plaie béante ;

La prise en charge judiciaire des victimes, comme la reconnaissance de ce statut lors des constats initiaux, fait PARTIE INTEGRANTE du traitement réparateur ; à ce titre, l'incapacitation psycho-traumatique (ITT psychologique) doit être systématiquement approchée...

Le traitement des effets des violences est nécessairement long et complexe ; S'il est possible d'observer des violences morales isolées, tout traumatisme physique s'accompagne OBLIGATOIREMENT d'un traumatisme psychique plus ou moins sévère ; Les violences, répétées ou non, obéissent dans leurs effets psychopathologiques à la loi du « tout ou rien » (effet comparable à celui des radiations ionisantes). Néanmoins, la répétition des agressions – qui additionnent ou multiplient leurs effets – semble abaisser le seuil de tolérance des victimes (notion de « dose » cumulée) ; Nous ne sommes pas plus égaux devant le traumatisme psychique que nous ne le sommes devant le traumatisme physique ;

Les traumatismes psychiques laissent toujours des séquelles ; les bases du traitement reposent sur l'adaptation du sujet aux nouvelles données socio-psychologiques ! On ne guérit jamais d'une violence psychologique. Comme pour la peau, les lésions peuvent au mieux cicatriser, ou au pire se compliquer : inflammation (troubles comportementaux), infection (pathologies avérées), voire entraîner le décès de la victime (suicide) ; Les violences peuvent donner lieu à des mécanismes psychologiques particulièrement complexes et pathologiques pouvant aller jusqu'au syndrome de Stockholm. Le PTSD n'est cependant qu'une des facettes possibles des effets de la violence, chaque facette pouvant – en soi – être à l'origine de l'évaluation d'une ITT et/ou d'une IPP ; Ces séquelles se transmettent de façon trans-générationnelle. Les violences se transmettent génétiquement dans la mémoire génomique collective et modifient durablement le comportement de l'espèce humaine ; La répétition des violences présente des effets variant avec de nombreux facteurs (terreau psychologique, capacités intellectuelles, antécédents, ...) qui aggravent ou – au contraire – atténuent les effets des violences ; Le niveau « culturel » faible semble avoir un effet de protection par limitation de l'effet de conceptualisation du risque et de symbolisation du geste agressant ; L'alcool (comme les drogues) est un co-facteur essentiel dans la genèse du mécanisme violent (# 90%) par libération des freins socioculturels. Il en est également un par l'aggravation de ses effets sur la victime ;

Dans la construction des effets du psycho traumatisme interviennent de multiples cofacteurs : faits culturels, religieux, biographiques, symboliques, psychopathologiques, identitaires, psychiques, capacités de résilience, ... TOUS doivent être analysés lors de l'évaluation, la reconstruction et la prise en charge du phénomène agressant ;

La fragilité psychique constitutionnelle (proche de la qualification pénale de vulnérabilité) est en relation directe (proportionnelle ou non) avec le risque de récurrence, les aptitudes à la résilience, ...

Le pronostic des violences repose essentiellement sur la gravité du psycho traumatisme et de ses conséquences immédiates et médiatees : c'est bien l'effraction de la bulle psychique – et non la déformation de l'image corporelle, ou l'effraction physique – qui conditionne l'évolution d'une victime (ex. : le viol...).

ADOLESCENTS, CONDUITES À RISQUE ET TRAUMA

14H30 - 17H - SALLE 112

■ Dr. S. TURBE

Questionnements autour des conduites présentées et de la prise de toxiques d'une adolescente ayant vécu un traumatisme sexuel.

A travers le suivi longitudinal d'une adolescente diagnostiquée état-limite et présentant de graves troubles des conduites avec dépression, nous nous interrogerons sur la place d'un traumatisme sexuel subi dans l'enfance dans les troubles présentés, en lien avec son histoire singulière et les différentes prises en charge thérapeutiques et judiciaires que sa situation et son évolution ont suscitées. En particulier, nous essaierons de comprendre la place de sa consommation de toxiques dans la gestion de ce traumatisme.

Docteur Sabine Turbé

Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent du CH Sainte-Marie
Centre Thérapeutique Intersectoriel pour Adolescents
16 rue Antoine Menat - 63000 Clermont-Ferrand

■ Dr. J. BÉRAUD

L'en-jeu « du trauma de la perte » à l'adolescence.

La confrontation à la mise en jeu de soi interroge le désir de l'autre à travers l'aspect fantasmatique préexistant dans son histoire. La notion de conduites à risque peut être entendue de différentes façons. Nous l'entendrons comme un jeu réel avec la mort, où, à l'adolescence, la dimension symbolique peut être structurante pour le sujet. L'impact de l'évènement lui-même pose la question de la perte, du manque chez l'adolescent, et de la mort comme signifiant majeur. La confrontation à cette dimension de perte par le biais du réel sexué présentifie à l'adolescent le passage de la sexualité infantile à la sexualité adulte. L'irruption soudaine de cette déhiscence entre imaginaire et réel peut faire traumatisme, et amener l'adolescent à mettre en scène par l'acte et ses conduites sa parole rendue – momentanément - impossible. En quoi la clinique actuelle des adolescents pose, dans notre pratique, toutes ces questions ?

Mots clés :

adolescence - mort – traumatisme - perte – fantasme – réel – imaginaire

Docteur Jacques Béraud

Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
CHU Groupe hospitalier St Jacques,
58, Rue Montalembert - 63003 Clermont-Ferrand cedex1.

LA PRISE EN CHARGE IMMEDIATE DES VICTIMES

14H30 - 17H - SALLE 113

■ Pr. N. PRIETO

CUMP SAMU de Lyon, Hôpital Edouard Herriot, 69437 Lyon Cedex 03

La pratique des cellules d'urgence médico-psychologique s'avère très spécifique, tant au plan des interventions immédiates, sur le terrain, que lors des soins post-immédiats spécialisés comme « l'intervention psychothérapique post-immédiate » (IPPI). Il existe une variabilité très importante des paramètres à prendre en compte qui interroge souvent nos limites. Les soins s'entendent au delà de l'approche habituelle « soignant-soigné », ils nécessitent une bonne connaissance des dispositifs de secours, des institutions et des partenaires engagés. Dans les soins immédiats, l'expérience nous a enseigné que la gestion de crise au plan psychique s'avère déterminante bien au-delà de la précocité des soins directs.

ATELIER URGENCES, TRAUMA ET ALCOOL : LES VICTIMES D'AVP 14H30 - 17H - SALLE 114

Conduites addictives, Trauma et AVP. Quels liens ?*

■ **O.COTTENCIN¹, S. DUHEM², F. DUCROCQ³, S. MOLEND⁴,
C. ROSENSTRAUCH⁴, A.L. DEMARTY², G. VAIVA⁴.**

* Etude soutenue et menée grâce à la bourse de recherche TRAUMAPSY

Parmi les conséquences psychopathologiques dont peut souffrir un sujet confronté à un accident de la voie publique (AVP) l'état de stress post traumatique(ESPT) se retrouve dans 8 à 40% des cas. En plus de son retentissement social, familial professionnel et fonctionnel, ce trouble présente une comorbidité importante avec d'autres pathologies psychiatriques (en particulier addictions, dépression et risque suicidaire).

Nous présentons les résultats d'une étude prospective épidémiologique d'une population de 273 patients victimes d'un accident de la voie publique hospitalisées en Traumatologie et suivies sur 6 mois.

Nous retrouvons conformément à la littérature un taux d'ESPT à 6 semaines de 20,8% et de 16,6% à 6 mois pour l'ensemble de la population étudiée conformément aux données de la littérature. Si nous ne notions pas d'augmentation de mésusage d'alcool ou de drogue dans les suites de l'accident pour l'ensemble de la population (voire une diminution), nous avons pu en revanche noter une proportion plus importante des taux d'ESPT à 6 mois chez les patients présentant un mésusage d'alcool ou de drogue (20,5%).

Nous discuterons au sein de ces résultats de l'importance des consommations de substances initiales (de l'usage à la dépendance) dans leur influence sur la psychopathologie apparaissant après l'accident, de l'importance du repérage précoce de ces consommations dans le cadre de la prévention secondaire d'un trouble psychotraumatique et de l'intérêt d'offrir une prise en charge multidisciplinaire grâce à des structures psychiatriques et addictologiques intégrées à toutes les étapes du traitement (Addictologie et Psychiatrie de Liaison).

1 : Service d'Addictologie - CHRU de LILLE

2 : Fédération de Recherche Clinique - CHRU de LILLE

3 : CUMP - SAMU - CHRU de LILLE

4 : Service de Psychiatrie Adulte - CHRU de LILLE

■ **Dr. C. PERRIER**

L'ivresse transforme l'examen clinique du patient, selon la gravité de l'intoxication : du coma calme à l'agitation psychomotrice, la sémiologie est métamorphosée. Lors d'un traumatisme, les yeux du praticien sont masqués par le même brouillard. Malgré la diminution de la consommation globale d'alcool, l'état d'ivresse aiguë reste une des causes principales de traumatisme routier, un accident mortel sur trois est dû à une consommation excessive. Ce « boire excessif » fait partie de la tradition, la mode du binge-dinking fait des ravages les samedi soir pour remplir nos services d'urgences, et elle touche des adultes de plus en plus jeunes, voir les adolescents. Un agresseur sur deux a bu avant de passer à l'acte : les victimes sont reçues aux urgences pour être soignées et établir le certificat initial descriptif. De façon moins explicite, 30% des accidents du travail sont dus à l'alcool. Nous essaierons de préciser les spécificités, organes par organe du traumatisé alcoolisé. En s'appuyant sur les recommandations de la conférence de consensus de 1992, réactualisée en 2006 nous suivront le chemin clinique vécu au quotidien par l'urgentiste. Une fois le corps traumatisé traité, nous aborderons la triangulation : patient, somaticien et psychiatre qui complète la prévention et rend notre prise en charge globale au sein d'un même service.

LABORATOIRE D'ÉTHIQUE MÉDICALE et MÉDECINE LÉGALE

Professeur Christian HERVÉ

45, rue des Saints Pères - 75006 PARIS

Secrétariat 01 42 86 41 32/20 89 - Fax 01 42 86 41 33

DIPLÔME D'UNIVERSITÉ de 3^{ème} CYCLE

PSYCHOTRAUMATOLOGIE

2008/2009

Coordinateurs de l'enseignement : Dr. Louis JEHEL, Dr. Gérard LOPEZ

Responsables des modules : Louis Jehel, Gérard Lopez, M. Ducrocq, C. Duchet, G. Vila



Ce diplôme a pour objectif de former les médecins, biologistes, psychologues et infirmiers spécialisés pour intervenir auprès des personnes souffrant de psychotraumatismes, d'acquérir les connaissances biologiques, neurobiologiques, pharmacologiques, cliniques et thérapeutiques concernant les conséquences des traumatismes psychologiques et leur traitement. Cette discipline est nouvelle en France.

ENSEIGNEMENT

Il est assuré par des professionnels spécialisés en psychotraumatologie, pour développer une approche pluridisciplinaire. L'enseignement théorique est réparti en 4 modules (méthodes d'évaluation, données cliniques, spécificité de l'enfant, thérapeutiques actuelles). Il se déroule sur une année, réparti en 3 à 4 journées par mois, d'octobre à juin.

La présence aux cours est facultative mais vivement conseillée.

L'enseignement est sanctionné par un examen de fin d'études comportant une épreuve écrite (fin juin), une épreuve orale (courant septembre) ainsi que la rédaction d'un mémoire à rendre fin juin pouvant s'appuyer sur un stage. Une seule session annuelle.

PROGRAMME

Le programme détaillé peut être consulté sur le site : www.parisdescartes.fr

CONDITIONS D'INSCRIPTION

Sont admis à s'inscrire en vue de ce diplôme :

- les titulaires d'un diplôme français d'Etat de docteur en médecine,
- les titulaires d'un diplôme de médecine d'un pays étranger permettant d'exercer la médecine en France,
- les psychologues titulaires d'un DESS de psychologie ou d'un master équivalent (une approche de l'environnement médical est recommandée),
- les candidats inscrits au DESC de médecine légale ou en deuxième année de DES de psychiatrie,
- les titulaires d'un diplôme français de pharmaciens, biologistes,
- les titulaires d'un diplôme d'université sanctionnant des études de niveau équivalent sur proposition du Directeur du Laboratoire d'Éthique Médicale et Médecine Légale, après avis de la commission pédagogique.
- Infirmiers ou cadres de santé travaillant dans un service spécialisé après avis de la commission pédagogique.

Les étudiants désirant s'inscrire doivent adresser une lettre de motivation avec C.V. :

par courrier ou fax : au Directeur du Laboratoire d'Éthique Médicale et Médecine Légale (voir adresse ci-dessus).

Un dossier permettant d'effectuer une inscription sera adressé aux étudiants par le secrétariat de l'UFR Biomédicale.

DROITS D'ENSEIGNEMENT

Formation initiale : 900 euros + droits d'inscription

Formation continue : 1650 euros + droits d'inscription

SAMEDI 21 JUIN

ADDICTION ET TRAUMA

Modérateur : I. CHÉREAU (Clermont-Fd) – Discutant : J-M. PHILIPPE (Aurillac)

9H - 10H30 - SALLE 110

1. Psychotraumatisme et consommation d'alcool - Etude rétrospective d'une population exposée à des événements traumatiques. TH Médecine Clermont-Ferrand 2007– H. Denizot - C. Moiras – G. Brousse - J. Geneste - D. Bourguet

Résumé

L'état de stress post-traumatique (PTSD) représente un enjeu majeur de santé publique avec une prévalence variant de 1 à 9% dans la population générale, et des chiffres supérieurs dans certaines populations à risque (combattants de guerre, réfugiés, professions exposées à des événements traumatiques,...).

Des relations importantes et complexes entre alcool et psychotraumatisme ont pu être mises en évidence par des études menées, pour la plupart, sur des victimes d'agression, ou d'exaction, de catastrophes collectives, ou chez des vétérans.

Notre étude rétrospective a étudié une population de sapeurs-pompiers volontaires et professionnels, sur les douze mois précédant l'enquête. Celle-ci a mis en évidence une corrélation forte entre troubles addictifs liés à l'alcool et PTSD, ainsi qu'une prévalence importante de l'automédication par l'alcool dans la lutte contre les symptômes de stress aigu, dissociation et PTSD (stratégie de coping).

Ces éléments, intéressants en pratique clinique, affichent la nécessité de renforcer la prise en charge des patients exposés à des événements traumatisants, afin d'optimiser la prévention du PTSD et des troubles de la consommation d'alcool fréquemment associés.

2. Ethylisme et psychotraumatisme, étude en population carcérale – Dr V. Nahmias- Bahhar, Praticien Hospitalier, Psychiatre – GRASSE (06130)- Equipe IDE de l'UCSA – GRASSE

Résumé

Deux vignettes cliniques qui nous ont inspirés l'idée d'une petite étude.

Sur une population entrant en maison d'arrêt, nous faisons passer, au cours d'un entretien infirmier ou médical, d'une part le questionnaire de dépendance à l'alcool « Short Mast », et d'autre part, le questionnaire de dépistage du traumatisme « TSQ, Brewin et al 2002, adaptation française Jehel L, Vaiva G, Ducrocq F, FG-PTSD 2006 ».

- Résultats sur une cinquantaine de patients.
- Le psychotraumatisme est-il à l'origine d'une addiction à l'alcool ?
- La prise en charge précoce du traumatisme peut-elle éviter la dépendance ?

Certaines personnalités sont-elles plus prédisposées aux conduites addictives ? – Ces mêmes personnalités sont elles plus à risque de psychotraumatismes ou les traumatismes précoces influencent-ils la personnalité ?

En tout cas, l'incarcération, si le dépistage est fait, est souvent le premier lieu de prise en charge de ces psychotraumatismes et des conduites addictives qui ont parfois amené le patient à devenir détenu.

3. L'alcool, le trauma et la mort – J-J. Chavagnat- D. Levy-Chavagnat, psychiatres (CUMP Poitou-Charentes Centre Hospitalier Henri Laborit- POITIERS)

Résumé

Pourquoi rassembler ces trois mots : alcool, trauma et mort ? Quels liens peuvent ils entretenir ? Intéressons nous tout d'abord à l'alcool. Ce produit psychotrope utilisé de manière excessive au cours de l'ivresse peut entraîner la mort ou bien amener à approcher la mort. Un véritable traumatisme peut avoir lieu. Utilisé de manière chronique l'alcool peut amener à la déchéance physique et psychique, à l'exclusion, aux agressions, et aussi éventuellement au trauma.

Au commencement, il y avait la honte, « ce sentiment pénible de son infériorité, de son indignité, ou de son humiliation devant autrui, de son abaissement dans l'opinion des autres... », nous dit le Petit Robert (1995). Mais très souvent la honte s'accompagne de mépris : mépris de soi, mais parfois aussi mépris des autres, par projection. Celui qui se sent honteux va vite se trouver méprisable et perdre confiance.

La honte est souvent retrouvée après un traumatisme psychique et peut accentuer la souffrance morale. L'expression : « toute honte bue » serait liée à l'histoire de l'Antéchrist faisant verser la honte à plein brocs (Littré). Mais qu'arrive-t-il à ceux qui boivent la honte à plein brocs ? Meurent ils de honte ?

Est ce que le meilleur moyen de boire sa honte, n'est pas de boire vraiment ?

Après un trauma, l'alcool devient souvent un compagnon de route. Mais l'alcool fait il disparaître temporairement la honte ? Quand tout ceci est intolérable faut-il en arriver à se venger et à tuer les agresseurs s'ils existent, les responsables si on peut les trouver, à défaut les témoins.. Ensuite, il ne resterait plus qu'à se suicider, si on ne l'a pas fait avant.

Mais, ce qui serait terrible c'est de donner raison à Franz KAFKA quand il dit : « et si la honte allait nous survivre ? »

4. Le choc du sevrage : un traumatisme au cœur de l'addiction - Marie-Laure Massuco, Françoise Texier, Jean Michel Sigward, Louis Jehel

Psychotraumatologie-Addictologie-Suicidologie

Hopital TENON, Centre Hospitalier Universitaire AP-HP - Paris

Résumé

Nous avons pu constater, au décours des prises en charges de conduites addictives à l'hôpital TENON, qu'environ 80% des patients suivis présentaient un vécu traumatique ancien et/ou récent. Ce constat nous amène à questionner l'existence d'un lien étroit entre traumatisme et addiction pour nous intéresser à ses conséquences cliniques, en vue d'optimiser l'approche thérapeutique.

L'expérience du sevrage constitue en soi un traumatisme pour le sujet addicté, le renvoyant à l'angoisse de séparation du produit et donc à la perte de sa « solution adaptative ». L'objet addictif ayant une fonction de substitut régulateur face à des situations anxiogènes dont il permet l'évitement, sa disparition est propre à réactiver des symptômes post-traumatiques qui se trouvaient jusqu'à lors « abrasés ». Par ailleurs certains symptômes du syndrome de sevrage sont proches ou identiques d'une partie de la sémiologie de l'ESPT (hypervigilance, anxiété, insomnie, impulsivité, sentiment d'insécurité...), ce qui peut amener une forme de « confusion » chez les soignants. Il apparaît donc essentiel d'être particulièrement vigilant dans cette période de sevrage, intervenant dans la vie du sujet comme un véritable « choc », le renvoyant à l'idée d'une « confiance impossible », mettant à mal l'idéalisation d'une relation maîtrisable au produit et réactivant la peur de « l'emprise d'autrui ».

Dans ce contexte, le soignant devra trouver la « juste distance », afin de rassurer le patient et d'élaborer avec lui une alliance thérapeutique, en étant soutenant et contenant tout en évitant d'être intrusif.

RETOUR D'EXPÉRIENCE I

Modérateur : D. MESLIER (Poitiers) – Discutant : G. LEPPÉE (Clermont-Fd)

9H - 10H30 - SALLE 111

1. Rixe mortelle dans un village du Calvados : d'un événement « individuel » à une prise en charge collective échelonnée - Docteur Thierry VASSE, Psychiatre référent ; Linda MÜLLER, Psychologue - CUMP 14

Résumé

La CUMP du Calvados a été mise en alerte dimanche 24 juin 2007 à 12h30 à la demande du médecin responsable de l'Inspection Académique suite à un homicide survenu la veille à proximité de l'école d'une petite commune du Calvados.

2. L'infirmier en missions internationales - Mme Pascale Moreau CUMP 92 – M. Dominique Meslier CUMP 86

Résumé

La pratique infirmière au sein des CUMP, nous donne la possibilité de partir en missions à l'étranger, ce fut le cas pour les catastrophes naturelles, les guerres, les rapatriements des ressortissants français, les crash d'avion, les prises d'otages impliquant des français à l'étranger ou dans les départements et territoires d'outre mer.

L'intérêt de cette communication est de prendre en compte la préparation avant, pendant et après la mission. On ne part pas à l'étranger sans une réflexion personnelle approfondie, une organisation réglementaire de nos établissements et du cadre de la mission, une préparation adaptée aux situations de crise.

Afin d'éviter les désagréments du déplacement hors de nos frontières, l'arrivée sur les lieux potentiellement dangereux, les modes d'action de nos accueillants, les conditions sanitaires et climatiques et bien d'autres petits ennuis nous exposerons un travail approfondi pour que ces missions nous soient moins délétères, en prévenant les situations pénibles, en ajustant nos aptitudes physiques et mentales avant, pendant et au retour de la mission.

Pour infos :

Les deux auteurs ont participé à des missions internationales et occupent un poste permanent en CUMP dans leur région respective.

3. Agression scolaire : l'intervention au collège de Meyzieu – E. Cheucle – N. Prieto

Résumé

La Cellule d'Urgence Médico-Psychologique de Lyon est intervenue dans un collège suite à l'agression à l'arme blanche perpétré par un élève sur plusieurs de ses camarades. Outre la prise en charge directe des élèves et personnels directement impliqués, l'intervention a surtout consisté en une gestion de la crise générée par cet événement au sens psychologique du terme. Cette agression, très chargée au plan contextuel car évoquant les tueries scolaires américaines, constitue un exemple typique de ce mode de prise en charge. Nous développons ici les aspects pratiques et théoriques de cette approche, les qualités cliniques requises qui vont au-delà de la relation « soignant-soigné » habituelle, les effets produits directement perceptibles évitant ainsi l'impact traumatique indirect.

RETOUR D'EXPÉRIENCE II

9H - 10H30 - SALLE 112

Modérateur : J.P. LOUGNON (Clermont-Fd) – Discutant : J. LIOTIER (Clermont-Fd)

1. La Cellule d'Urgence Médico Psychologique dans le Puy de Dôme : à propos de l'organisation d'une manœuvre - E. Bresson (SAMU 63, Ambulancière du SMUR de Clermont-Ferrand), J.P. Lougnon (PH, SAMU63, SMUR de Clermont-Ferrand), M.P. Souche (SAMU 63, IDE du SMUR de Clermont-Ferrand)

Résumé

La CUMP fait partie intégrante du Plan Rouge. Elle en constitue un des éléments nécessaires à la prise en charge des blessés traumatisés psychiques.

De nombreux textes de lois la régissent. Aussi, il est important de tester les moyens à mettre en œuvre et leur organisation afin de confirmer leur bien fondé et leur caractère opérationnel. Tel est l'objet de cette manœuvre impliquant la CUMP départementale.

L'intérêt de ce travail a consisté à détailler la conception d'un scénario de manœuvre et sa mise en application sur le terrain. Les conclusions ont été réalisées lors du débriefing.

2. La cellule d'urgence médico-psychologique d'Ile et Vilaine : présentation et réflexions cliniques - Dr D. JOUBREL, Médecin-chef, Service Psychiatrique d'Accueil et d'Orientation, CH. G. Régnier, Rennes, Coordonnateur régional, CUMP d'Ile et Vilaine ; C. DOUCET, Psychologue clinicienne, CUMP 35

Résumé

Le développement de l'intervention médico-psychologique, sa généralisation, sa banalisation parfois ainsi que les risques d'instrumentalisation auxquels peuvent être confrontés les praticiens, invitent à repenser les conditions des soins médico-psychologiques et de l'acte clinique dans un tel contexte. Prenant appui sur l'expérience de la CUMP 35, cette communication montre, qu'au-delà des missions définies par le cadre législatif et face aux demandes grandissantes auxquelles a été confrontée la CUMP 35 (pouvoirs publics, usagers, médias, etc.), même s'il demeure impossible de standardiser les interventions, des indications - et contre-indications - à l'intervention médico-psychologique peuvent être formulées au regard des enjeux subjectifs et sociaux impliqués par ces dispositifs.

3. Gestion du naufrage du Joola - Diouf Mamadou Lamine, FALL Lamine, THIAM Mamadou Habib, SECK Amadou Makhtar, SYLLA Omar, GUEYE Momar

Résumé

Les auteurs, psychiatres sénégalais, reviennent sur la gestion du naufrage du bateau « Le Joola » survenu au Sénégal le 26 Septembre 2002. Cette tragédie avait alors fait officiellement 1863 victimes (550 corps seulement seront retrouvés) et 64 rescapés. Au lendemain de ce drame, les professionnels de la santé sont interpellés sur la prise en charge médico-psychologique des rescapés et des familles des victimes. Il fallait improviser. Une Cellule de Soutien Médico-Psychologique est vite créée (intégrée au Plan National ORSEC) avec une triple mission : prise en charge médico-psychologique des rescapés, soutien psycho-social aux familles des victimes, soutien psychologique aux secouristes et marins pêcheurs ayant aidé au repêchage des corps des victimes. Le travail de cette Cellule n'a pas été facile à cause de l'impréparation d'une grande partie de ses membres, l'ampleur de la tâche, les nombreuses interférences politico-médiatiques. Retour sur une « gestion de catastrophe » dans l'immédiat et le post-immédiat.

Mots clés :

Sénégal - Naufrage du Joola - Cellule de Soutien Médico-Psychologique - Gestion de catastrophe

4. Prise en charge d'un psychotraumatisme dans une école - Constant Nathalie, Infirmière – Centre

Hospitalier de GRASSE (06130)- CUMP 06 – Dr.V. Nahmias-Bahhar

Résumé

Retour d'expérience, suite à une intervention CUMP, dans une école primaire à Juan-les Pins (06), suite au décès d'un enfant de 9ans d'une fausse route, à la cantine.

- Organisation de l'intervention.
- Différents groupes homogènes auprès desquels nous sommes amenés à intervenir.
- Prises en charge formelles et informelles .
- Les groupes d'enfants.
- Lien avec les médias.

RECHERCHE ET TRAUMA

9H - 10H30 - SALLE 113

Modérateur : S. MOLENDI (Lille) – Discutant : O. BLANC (Clermont-Fd)

1. Réactions péritraumatiques, souffrance psychotraumatique et stratégies de coping – C. Vaugier – C. Duchet – P. Louville

Résumé

De nombreuses recherches, rétrospectives et prospectives, ont montré que certaines réactions péritraumatiques¹ s'avéraient être de très bons prédicteurs de séquelles post-traumatiques (ESPT le plus souvent).

D'autres part, de récentes études ont observé l'utilisation de certaines stratégies de coping dites « inadaptées »² chez des individus présentant une souffrance psychotraumatique (ESPT ou détresse psychologique).

L'hypothèse proposée dans cette recherche est que certains facteurs de risque de l'ESPT, notamment les réactions émotionnelles péritraumatiques, seraient aussi prédicteurs de stratégies de coping centrées sur l'évitement et/ou l'auto accusation.

Une expérience traumatogène et un vécu péritraumatique ont été des facteurs d'inclusion. Au total, 30 sujets ont été recrutés : 11 sujets parmi des patients hospitalisés pour dépression ou alcoolodépendance³ et 19 autres parmi des patients reçus en consultation de Psychotraumatisme et Maltraitance⁴. Le protocole expérimental consiste en la passation de questionnaires et d'échelles cliniques validées (PDI, PDEQ, PCLS), complétant un entretien clinique.

Les résultats montrent des corrélations entre certaines réactions péritraumatiques et des stratégies de coping, parmi lesquelles deux (émotions négatives de la PDI, non-contrôle) se révèlent être des prédicteurs de stratégie de coping centrées sur l'évitement et sur l'auto-accusation.

L'une de ces prédictions sous-entend donc qu'un débordement psychique, traduit par un sentiment d'impuissance, de non contrôle de la situation, puisse influencer l'émergence de sentiments conscients de culpabilité ou tout du moins d'auto accusation. Ainsi, l'effraction psychique débordant les capacités défensives de l'individu peut faire naître chez lui une dynamique psychique particulière.

D'autres corrélations telles que celles trouvées entre la souffrance psychotraumatique, la dépression, l'anxiété et le sentiment de culpabilité avec les stratégies de coping ouvrent de nouvelles perspectives de recherche.

1 : La dissociation péritraumatique, la détresse émotionnelle péritraumatique, les réactions amnésiques, l'effroi, le sentiment d'imprévisibilité et celui de non-contrôle de la situation

2 : Stratégies de coping de type évitement, ou basées sur les émotions (auto-accusation)

3 : Au sein du Service de Psychiatrie Universitaire du Pr Debray de l'hôpital Corentin Celton (AP-HP)

4 : Auprès du Dr. Louville, à la polyclinique de l'hôpital Corentin Celton et à l'hôpital Tarnier (AP-HP)

2. Facteurs de risque du développement d'un trouble de stress post-traumatique dans un groupe de mères d'un enfant victime d'accident de la voie publique - Allenou, C., Brunet, A., Olliac, B., Clavel, N., Grudé, S., Camassel, C., Bourdet-Loubère, S., Claudet, I., Lecoules, N., Grandjean, H., Raynaud, J-Ph., Schmitt, L., Birmes, P.

Laboratoire du Stress Traumatique (JE 2511), Services Universitaires de Psychiatrie, Hôpital Purpan-Castellardit, TSA 40031, 31059 Toulouse CEDEX 9.

Résumé

Objectifs : Evaluer dans un groupe de mères, après un accident de son enfant, l'impact de la détresse et de la dissociation péritraumatiques sur le développement des symptômes de Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT).

Méthodes : 72 mères étaient suivies. L'évaluation de la dissociation et de la détresse péritraumatiques, des symptômes de TSPT, utilisait, respectivement, le Questionnaire des Expériences Dissociatives Péritraumatique, l'Inventaire de Détresse Péritraumatique, la PTSD Check-List et la Clinician-Administered PTSD Scale.

Résultats : 13 (18,1%) mères présentaient des symptômes cliniquement significatifs de TSPT aigu, dont 9,3% des mères qui avaient appris l'accident de leur enfant. Les mères avec des symptômes cliniquement significatifs de TSPT aigu avaient des scores de dissociation ($M=23,1$; $SD=9,1$ vs. $M=17,85$; $SD=8,1$; $t(70)=2,04$, $p<.05$) et de détresse péritraumatiques ($M=25,2$; $SD=9,6$ vs. $M=14$; $SD=8,7$; $t(70)=4,1$, $p= .000$) plus élevés. La dissociation et la détresse péritraumatiques et le fait que la mère soit également victime, expliquaient 27% de la variance ($p<.05$) des symptômes de TSPT aigu. Dans le modèle final, le score de détresse péritraumatique était le principal prédicteur de symptômes de TSPT aigu ($\beta = .49$, $p<.05$).

Conclusion : Non seulement ces résultats invitent à évaluer, au delà des co-victimes et des témoins, les proches de victimes ayant été informés brutalement de l'accident d'un des leurs, mais encore ils confirment le rôle des variables péritraumatiques dans le développement de symptômes de TSPT aigu dans un groupe de mères ayant majoritairement appris que leur enfant venait d'être accidenté.

Mots clés :

Accident, Détresse, Dissociation, Mères, Trouble de Stress Post-Traumatique.

3. Psychopathologie cognitive et état de stress post-traumatique (ESPT) chez d'anciens combattants âgés – E. Monfort – G. Tréhel

Psychologue, PhD, EA 2646 « Processus de pensée et interventions », Université d'Angers, U.F.R. Lettres, Langues et Sciences Humaines, 11 Bd Lavoisier, 49045 Angers Cedex 01.

Psychologue, PhD, EA 2374 « Centre d'Etude en Psychopathologie et Psychanalyse (CEPP) ».

Avec le soutien de l'association Traumapsy et de l'Union Fédérale des Associations Françaises d'Anciens Combattants, Victimes de guerre.

Résumé

Parmi les symptômes de l'état de stress post-traumatique (ESPT) certains sont d'ordre cognitif et plus particulièrement exécutif ; tels sont les souvenirs intrusifs ou troubles de l'attention. On peut supposer que ces troubles cognitifs s'accroissent avec le vieillissement : les capacités attentionnelles, celles de la mémoire de travail et d'inhibition sont ainsi des processus sensibles tant au vieillissement normal que pathologique (Bherer et al., 2004). Selon Floy et ses collègues (2002), la baisse des capacités inhibitrices favoriserait les réviviscences liées au traumatisme. En retour, ces réviviscences affecteraient les capacités mnésiques et notamment de mémoire de travail, de mémoire explicite et de mémoire prospective.

Le protocole mis en œuvre souhaite fournir une explication de la récurrence de l'ESPT au cours du vieillissement, par l'appréciation du fonctionnement cognitif de la personne âgée. Il s'agit, en effet, d'expliquer pourquoi les symptômes consécutifs à la confrontation avec un événement traumatique réapparaissent (ou s'accroissent) tardivement avec certaines formes de vieillissement.

Nous présenterons les cas de deux personnes très âgées (91 et 93 ans), sélectionnés à la fois pour leur participation à des événements de guerre potentiellement traumatisants et pour leur absence de pathologie psychiatrique et neurologique concurrente, et qui ont été comparés à un groupe de 19 adultes âgés contrôles. Nous avons ainsi observé une cooccurrence de la symptomatologie traumatique et de troubles des fonctions exécutives, notamment inhibitrices.

Nous présenterons ensuite le travail de recherche en cours, sur l'évaluation :

1. de la prévalence du stress post-traumatique dans une population vieillissante : les anciens combattants d'Afrique Française du Nord,
2. de la relation entre stress post-traumatique et handicap neurocognitif,
3. du rôle de l'inhibition dans le contrôle des symptômes de stress post-traumatique.

4. L'état de stress post-traumatique (ESPT) chez d'anciens combattants très âgés souffrant d'une démence de type Alzheimer – G. Tréhel – E. Monfort

Résumé

Du fait du vieillissement de la population, le nombre des personnes âgées souffrant de démences dégénératives est en forte augmentation. Selon l'étude épidémiologique PAQUID (2003) un peu moins de 18 % des français de plus de 75 ans sont atteints de maladie d'Alzheimer (MA) ou d'une maladie apparentée.

Par ailleurs, l'allongement de la vie a pour conséquence une augmentation du risque de confrontation à des événements potentiellement traumatisants (Briole et al., 1999). De fait, un grand nombre d'anciens combattants atteint un âge très avancé. L'existence d'un ESPT plusieurs dizaines d'années après les combats n'est donc plus un phénomène isolé (Hamilton et Workmann, 1998). Il n'en reste pas moins que seules quelques études cliniques ont été réalisées auprès d'anciens combattants âgés (citons parmi ceux-ci : Crocq, 1997).

Dans la pratique clinique, à la suite de traumatismes, les personnes âgées peuvent être reçues dans le cadre de consultations psychiatriques, sans que soit évalué leur fonctionnement cognitif. A l'inverse, dans les cas de suspicion de syndrome démentiel, les consultations gériatriques ou neurologiques ne prennent pas en compte le passé psychotraumatique des patients âgés. Or, certains anciens combattants souffrant d'une MA manifestent conjointement un ESPT. Cette entité clinique n'est que peu connue et les outils à la disposition du clinicien sont à la fois inadaptés et non standardisés pour l'évaluation des personnes âgées.

Nous présenterons les outils évaluant la nature des événements traumatiques et les symptômes de l'ESPT, ainsi que sur les outils neuropsychologiques évaluant l'atteinte cognitive liée à la MA, en mettant l'accent sur leurs limites propres. Nous nous appuierons sur la présentation du cas d'un ancien combattant âgé de 93 ans pour montrer la complexité d'un tableau clinique combinant ESPT et maladie d'Alzheimer.

THÈME LIBRE

9H - 10H30 - SALLE 114

Modérateur : C. DUCHET (Paris) – Discutant : T. BIGOT (Paris)

1. EMDR : Succès et écueils de la technique – V. Fournel (CH Montéran St Claude – Guadeloupe)– E. Bardot (Psychiatre libéral – La Roche sur Yon)

Résumé

L'EMDR se situe comme une technique très adaptée au traitement du psychotraumatisme. Pourtant, malgré le succès parfois spectaculaire de cette méthode, certains patients ne présentent aucune amélioration.

À travers différents cas cliniques et à la lumière des travaux de l'équipe de Nantes sur l'HTSMA (Hypnose Stratégique et Mouvements Alternatifs), nous proposons une analyse des succès et des écueils de l'EMDR.

2. Spécificité des troubles psychotraumatiques chez l'enfant : illustration clinique des conséquences de la catastrophe industrielle de Toulouse – M. Sauterau – M. Decombas – S. levallois – J. Geneste

CHU Clermont-Ferrand, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Clermont-Ferrand, F-63003, France.

Université Clermont 1, UFR Médecine, Clermont-Ferrand, F-63001, France.

Résumé

Les états de stress post traumatique sont une réalité incontestée et incontestable chez l'adulte. L'intérêt porté à l'impact traumatique de certains évènements chez l'enfant est plus récent même si les premiers écrits datent de l'après guerre : A Freud et D Burlingham ont repéré une symptomatologie spécifique chez des enfants anglais soumis aux bombardements.

Les troubles psychotraumatiques regroupent diverses manifestations dont la plus caractérisée est l'état de stress post traumatique (ESPT). La symptomatologie chez l'enfant présente néanmoins des spécificités sémiologiques et développementales ; certains auteurs ont donc proposé des critères diagnostiques alternatifs à ceux du DSM IV (Sheeringa et al). En dehors de l'ESPT, il est fréquemment observé des troubles anxieux, dépressifs, des manifestations somatiques, des comportements régressifs, voire un retentissement sur le développement psychomoteur... Par ailleurs, on peut individualiser des facteurs spécifiques à l'enfant dans la survenue de ce type de troubles : Vila propose un modèle étiopathogénique tenant compte de trois composantes principales : le traumatisme, le support familial et la vulnérabilité propre de l'enfant.

Nous proposons d'illustrer notre exposé par une vignette clinique : à l'âge de 5 ans, Hugo était en récréation à Toulouse lorsque l'usine AZF a explosé le 21/09/01. Nous l'avons suivi de mai 07 à avril 08 pour des troubles anxieux. Certains symptômes à type de reviviscence laissent à penser qu'il existe un lien direct mais peut être pas exclusif entre la symptomatologie présentée et le traumatisme. Nous avons eu recours à la Children Post Traumatic Stress Reaction Index (CPTS-RI) afin d'évaluer l'impact du traumatisme.

3. Psychose ? personnalité borderline ? trauma précoce ? : l'histoire de Mathieu – J. Geneste, Service de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent - CHU de Clermont-Ferrand

Résumé

À partir du suivi longitudinal de Mathieu, hospitalisé à l'âge de 15 ans dans l'Unité de Psychiatrie d'Adolescents du CHU de Clermont-Ferrand, à la suite d'accès de violence extrême et suivi ultérieurement jusqu'à sa majorité, on évoque les hypothèses diagnostiques qui amènent, in fine, à retenir la participation d'un traumatisme précoce et sévère.

La question des frontières avec le champ défini comme « psychotique » est particulièrement discutée et envisagée d'un point de vue clinique, psychopathologique et thérapeutique.

4. Le secret au sein du récit traumatique – V. Kerkhofs Hôpital Corentin Celton, Université Catholique de Louvain-la-Neuve (UCL) – B. Rimé -UCL, Belgique - et P. Louville AFORCUMP-SFP, Hôpital Corentin Celton (AP-HP)

Résumé

Cette communication aura pour thème le partage social des émotions au sein du psychotraumatisme. Plus précisément, il s'agira d'exposer le « non partage » des émotions ou de souvenirs émotionnels dans le contexte du trauma. Ce thème lié aux secrets au sein du récit traumatique fait d'ailleurs l'objet d'une recherche en cours à l'Hôpital Corentin Celton. La question de cette étude s'inscrit dans la perspective d'une recherche récente effectuée par Bernard Rimé et Emmanuelle Zech . En effet, les résultats de cette recherche ne montrent pas de différence au niveau du besoin de partager ses émotions entre les personnes diagnostiquées ESPT et les personnes non ESPT (mais ayant vécu un événement traumatique). Tous semblent ressentir un besoin semblable de parler de l'événement. Cependant certaines différences apparaissent au niveau du contenu du témoignage. La population présentant un ESPT n'évoquerait pas certains aspects traumatiques de l'événement. En cette communication, nous tenterons d'expliquer ce qui se cache derrière cette zone d'ombre au sein du récit. S'agit-il d'une forme d'évitement, un des principaux critères du syndrome de stress post-traumatique ? Ou s'agit-il de secret ? Ce dernier impliquant une décision intentionnelle de garder une information.

Dans notre étude, en plus de prouver l'existence d'une corrélation entre la présence du secret et le critère d'évitement, nous allons tenter de découvrir le motif de cette volonté de non partager. Que motivent les sujets à dissimuler certaines informations ? Qu'est ce qui les pousse à garder certains aspects émotionnels de l'événement ?

Après avoir défini le secret et souligner ses caractéristiques, nous exposerons ensuite les éventuels facteurs poussant la victime à la dissimulation. Ensuite, nous questionnerons à travers différents auteurs les conséquences de la rétention ou au contraire de la révélation des souvenirs émotionnels tenus secrets, en termes de coût et de bénéfice. En effet, garder ses informations douloureuses et traumatiques, aurait pour but de diminuer l'angoisse à court terme, mais quels sont les effets du non partage et de l'évitement à long terme ? Le secret comme l'évitement seraient-ils des armes à double tranchant ? Ou permettraient-ils au contraire d'éviter une série de conséquences négatives ?

5. la folie autour de la prise en charge d'une patiente difficile à l'hôpital : qui rend malade qui ? – P. Hristova-Ivanova

Résumé

Mademoiselle S.G., qui a 20 ans maintenant, est hospitalisée dans l'établissement depuis début 2006 et dans notre service depuis novembre de la même année. Rejetée par son entourage et par de multiples familles d'accueil et des institutions pour des adolescents à cause de son hétéro-agressivité avec des menaces de mort dès 13 ans et divers passages à l'acte, elle s'installe en psychiatrie adulte pour ne plus pouvoir sortir, car dehors elle agresse son entourage social qui devient de plus en plus restreint... À

l'hôpital, cette jeune fille, légèrement limitée intellectuellement et qui a un passé abandonnique, devient un agresseur de classe en semant la terreur dans le service. Elle nous a marqué non seulement par sa violence physique, mais aussi avec l'escalade des menaces de mort envers certains parmi nous et avec des actes démonstratifs. D'autres nous ont semblé privilégiés et peu atteints de ces violences. Au départ, elle s'emportait sur des patients à la moindre frustration pour finir par frapper des soignants jusqu'au médecin référent du service... Le long séjour de Mademoiselle S.G. dans le service lui a permis de cliver l'équipe en deux parties : certains voulaient qu'on l'adresse dans un service spécialisé, car la violence ne devenait plus supportable ; d'autres voulaient qu'on la soigne malgré ses clashes jusqu'à une amélioration et une sortie. Le passage sévère de la patiente envers un médecin malgré le renfort présent, nous a amené finalement à l'isoler à nouveau et l'orienter vers le service pour des patients difficiles, mais à quel prix ! L'événement et la prise en charge épuisante de cette patiente ont fait éclater un conflit institutionnel profond et beaucoup d'entre nous en ont profondément souffert. La maltraitance de la patiente toute puissante s'est transformée vers une maltraitance morale entre nous avec des proportions importantes. Nous présenterons nos réflexions sur les limites de notre rôle de soignants dans la prise en charge de sujets border line violents qui n'acceptent pas les protocoles de soins proposés par plusieurs équipes soignantes. La collaboration avec d'autres structures éducatives, autres que la seule psychiatrie, nous semble importante pour la gestion de ces cas cliniques difficiles.

IVRESSE ET TRAUMA : UN AUTRE REGARD

11H - 11H30 - AMPHITÉÂTRE

Intérêt de l'EMDR dans la prise en charge du traumatisme psychique

■ Dr. O. COTTENCIN

L'EMDR (Eyes Movement Desensitization and Reprocessing) est aujourd'hui bien inscrite dans le traitement psychothérapeutique de l'état de stress post traumatique (ESPT) et de nombreuses études contrôlées ont montré la preuve de son efficacité comparée à d'autres types d'intervention thérapeutique (psychothérapeutique ou médicamenteux).

Nous présenterons au cours de notre exposé, les études les plus récentes au sujet de l'efficacité de cette thérapie, puis nous exposerons l'EMDR tant sur un plan théorique que pratique, et ses parentés avec d'autres thérapies eu égard à son histoire.

O. COTTENCIN MD, PhD

CHRU de LILLE

Service d'Addictologie

57 Bd de Metz

59037 LILLE Cedex

tel: + 33 3 20 44 58 38

fax: + 33 3 20 44 54 37

e-mail: ocottencin@chru-lille.fr

La chaîne des soins : de l'immédiat au différé

■ Pr. L. CROCQ (Paris)

En psychotraumatologie, il est primordial de distinguer les trois périodes successives de la pathologie : 1/ la phase immédiate (premières heures, moins d'un jour), 2/ la période post-immédiate (du 2ème au 30ème jour), et 3/ la période différée-chronique (au-delà du 30ème jour). Elles ont chacune leurs caractéristiques cliniques, et impliquent un état mental différent chez la victime en ce qui concerne la demande de soin.

A chacune de ces trois périodes correspond un mode de soin particulier : l'intervention médico-psychologique immédiate pour la première période, la surveillance et l'offre de soin post-immédiat (debriefing ou IPPI) pour la seconde, la thérapie à moyen ou long terme pour la troisième. Et le souci de la continuité dans cette chaîne des soins doit inspirer le thérapeute ou l'organisme de prise en charge.

Des considérations sur la détresse, la souffrance et la prise de conscience par le patient de sa pathologie suscitent des attitudes particulières chez le soignant : l'intervention et l'offre de soin sans qu'il y ait de demande, le rôle de contenant, l'écoute empathique qui se démarque de la neutralité bienveillante, l'incitation à la verbalisation en vue de la révélation d'un sens, et le choix de moyens thérapeutiques en fonction des aspects particuliers du tableau clinique et de son évolution.

AVEC LA PARTICIPATION DE :

Wyeth



Les Laboratoires **EISAI**



Lilly



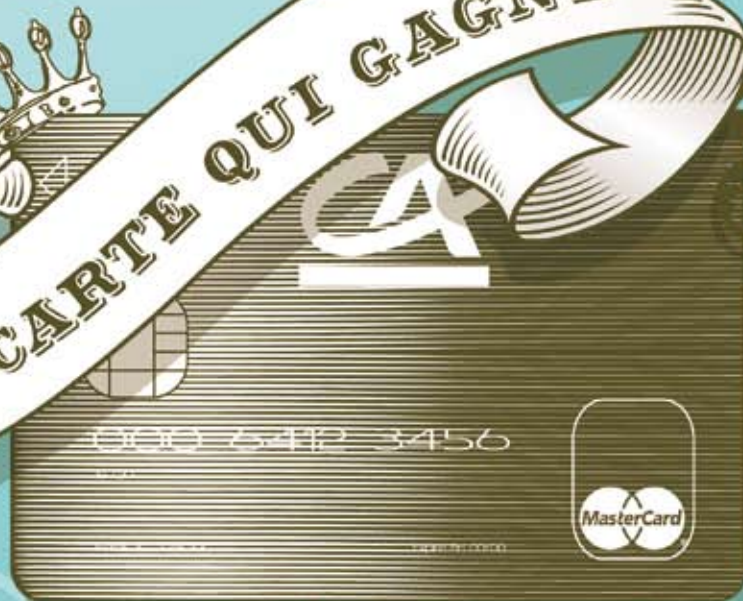
**L'AFORCUMP-SFP remercie toutes les personnes
qui ont soutenu et participé à ce congrès.**



EXCLUSIF

Votre
fidélité
récompensée

LA CARTE QUI GAGNE



Votre carte bancaire,
plus vous l'utilisez,
moins elle vous coûte.

Chaque retrait sur les distributeurs du Crédit Agricole partout en France, et chaque paiement vous rapporte **0,10 €**. Le montant cumulé viendra en déduction de votre prochaine cotisation carte, dans la limite de celle-ci.

Avantage valable sur les cartes de paiement du Crédit Agricole Centre France (hors Cartes de société) : **Carte Bancaire Nationale, MasterCard, Gold, Maestro, Mozaïc Maestro, Mozaïc de paiement, Visa, Visa Premier, Platinum.**

Le Crédit Agricole Centre France se réserve le droit de suspendre cet avantage à tout moment et sans préavis.



CENTRE FRANCE

Banque Assurance Immobilier