

Les formes cliniques spécifiques

Groupe de travail CNUH - 2018

Les formes cliniques spécifiques

- **Les troubles psychotraumatiques chez l'enfant**
- **Les réactions collectives**
- **Les familles impliquées ou endeuillées**
- **Le stress des soignants et des sauveteurs**

Les troubles psychotraumatiques chez l'enfant

Evaluation, clinique, triage, orientation
et stratégies thérapeutiques

Spécificités cliniques psychotraumatiques chez l'enfant

- **Particularités sémiologiques** en fonction du stade développemental
- **Clinique péritraumatique** semblable à celle de l'adulte (agitation fréquente)
- **En période immédiate**, l'enfant est souvent peu symptomatique (peur d'inquiéter les figures d'attachement, évitement cognitif fréquent) => attention aux « dessins-leurre »
- Le jeune âge est un **facteur de risque** en soi (immaturité cognitive et émotionnelle, dépendance à l'adulte, registre de stratégies d'ajustement limité, destruction des théories infantiles)
- Le principal facteur de protection est la **qualité du soutien familial**

Particularités de l'évaluation

- L'évaluation ne peut se faire sans les **figures d'attachement** (principe de sécurisation auprès des figures d'attachement avant toute intervention) : la clinique de l'enfant peut être parasitée par son insécurité vis-à-vis des figures d'attachement
- **En période immédiate**, nécessité d'évaluer les principaux facteurs de risque de la période immédiate (dissociation, FC) et la qualité du soutien familial
- **En période post-immédiate**, on se focalisera sur les facteurs de risque suivants : cognitions erronées, conduites d'évitement, stratégies d'ajustement inadaptées, troubles de la régulation émotionnelle
- L'évaluation peut nécessiter l'utilisation de **médiations spécifiques** (dessin et jeu) qui permettent de diminuer l'angoisse, d'évaluer mais aussi d'avoir une action thérapeutique/préventive
- **Plus l'enfant est jeune** plus son insécurité post-traumatique va concerner un domaine restreint (école, maison, famille)

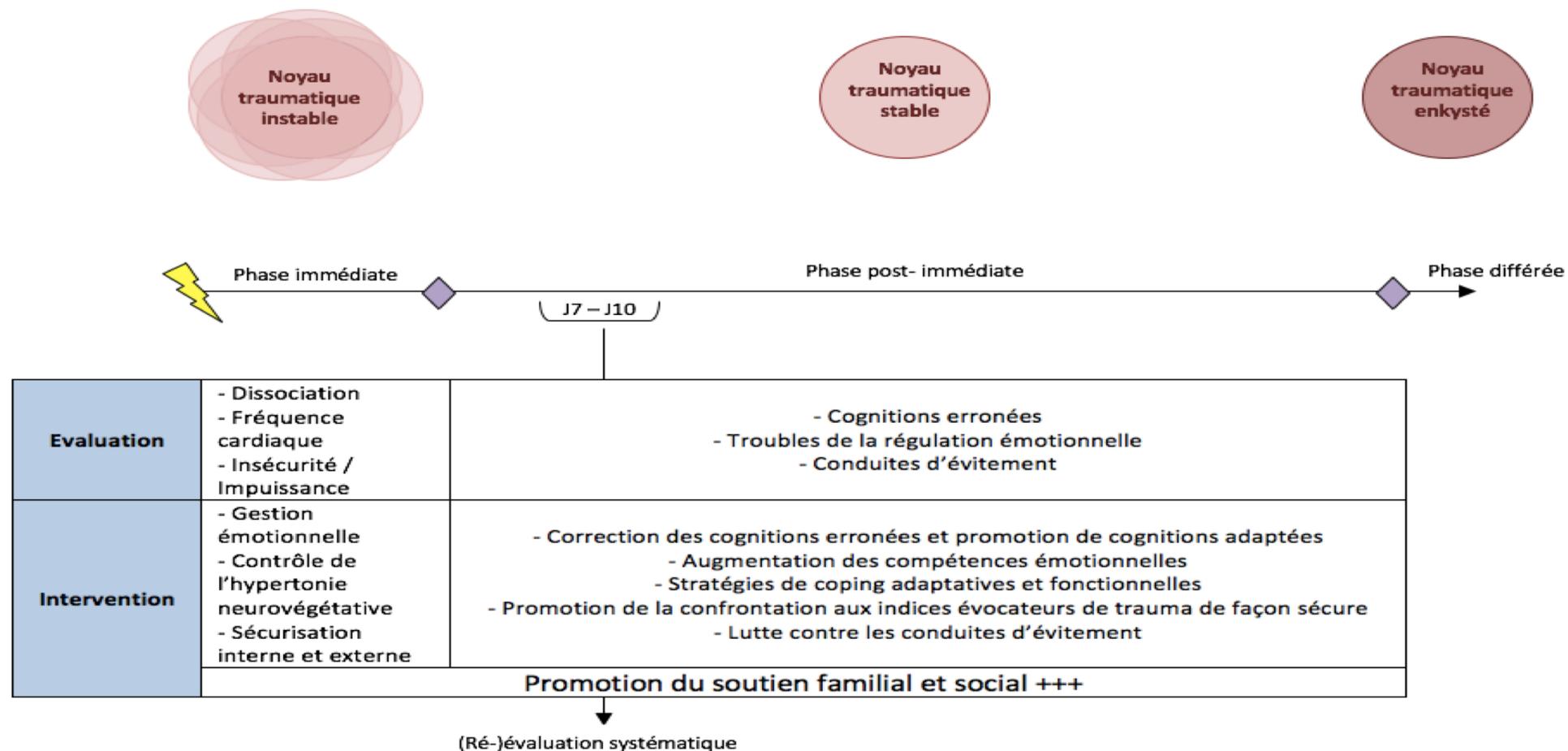
Triage

	Urgence Absolue Médico-Psychologique	Urgence Relative Médico-Psychologique	Impliqué Non-Urgent
	<i>A n'évaluer qu'après sécurisation auprès des figures d'attachement</i>		
Situation (facteurs d'évaluation secondaire)	Séparation persistante avec les figures d'attachement Physiquement exposé à la menace Désorganisation sociale majeure Destruction de la maison ou de l'école Blessure physique grave Blessure ou décès d'une figure d'attachement Persistance d'une menace	Figures d'attachement impactées Séparation des figures d'attachement pendant l'évènement (mais retrouvailles depuis) Organisation sociale et des lieux symboliques (maison, école) préservée Proches (en dehors des figures d'attachement) blessés ou décédés Absence de menace	Figures d'attachement sécurisantes Pas d'exposition physique à la menace Organisation sociale préservée Aucun proche blessé ou décédé
Clinique (facteurs d'évaluation primaire)	Sidération motrice ou émotionnelle Dissociation Agitation psychomotrice Désorganisation du discours Logorrhée Hétéro- ou auto-agressivité Balancements pseudo-autistiques Hypervigilance massive avec sentiment d'insécurité envahissant Sentiment de peur persistant Comportements inadaptés	Mutisme Absence de jeu Pleurs incessants Jeu traumatique Dessin traumatique Émotions impossibles à exprimer Absence de verbalisation induite concernant l'évènement et le vécu	Verbalisation aisée Description de l'évènement et des émotions associées Sécurisation auprès des figures d'attachement Jeu spontané non traumatique
Stratégie	- Prise en charge médicale, en présence permanente des figures d'attachement -Thérapeutique médicamenteuse si nécessaire	Prise en charge individuelle classique en 3 temps	Prise en charge groupale guidée en 3 temps
Orientation	Réévaluation dans les jours qui suivent	Réévaluation à J7-J10 + prise en charge post-immédiate en plusieurs séances	Réévaluation à J7-J10

Spécificités de la prise charge

- La **prise en charge** se déroule en 3 temps:
 - l'enfant est vu avec ses figures d'attachement. Si les figures d'attachement sont impactées, il va être nécessaire que l'enfant puisse comprendre ce qu'elles vivent (narration conjointe et explications). Sinon, on explique notre intervention
 - puis on respecte le **principe de séparation générationnelle** : l'enfant est vu seul (sans être trop à distance de ses figures d'attachement en période immédiate)
 - puis tout le monde est revu ensemble : normalisation, psycho-éducation conjointe, promotion du soutien familial, promotion des compétences émotionnelles de l'enfant
- La **narration de l'évènement** (nécessaire au désamorçage émotionnel et à la structuration de la mémoire de l'évènement) doit être extrêmement guidée et accompagnée chez l'enfant. Elle n'occupe pas une place centrale dans l'intervention

Cibles d'intervention



Pharmacothérapie

- les stratégies médicamenteuses ne sont pas indiquées en première intention
- HYDROXYZINE +++
- aucune autre molécule validée chez l'enfant (malgré des résultats concernant le *propranolol*)
- pas de benzodiazépines (risque d'effet paradoxal)
- pas d'ISRS
- traitement symptomatique

Orientation

- L'évaluation des facteurs de risque et de protection (principales cibles d'action) est de meilleure qualité en phase post-immédiate
- Tous les enfants vus en période immédiate doivent être revus à **J7-J10 après l'évènement** par des professionnels spécialisés en psychotraumatologie de l'enfant
- Nécessité d'une intervention post-immédiate en plusieurs séances si présence de facteurs de risque (et uniquement dans ce cas)
- Note d'information destinée aux parents + certificat médical initial

Les réactions collectives

Les réactions collectives

- Concept de « foule psychologique » (Freud, 1921)
 - Au sein d'une foule, un individu peut « *sentir, penser et agir d'une façon toute différente que ne l'aurait laissé présager la compréhension psychologique de cet individu isolé* ».
 - Notion de **Moi individuel** et **Moi collectif** dans chaque individu.

➡ sujette aux stimulations, elle est esclave des impulsions reçues.

- | | | |
|--------------------------|--------|---|
| • La foule | —————> | courage et irresponsabilité |
| • Le sujet dans la foule | —————> | anonyme et sentiment d'impunité |
| • La panique collective | —————> | régression des consciences à un niveau impulsif |

Les réactions collectives immédiates (1)

- **Adaptées:**

- maintien au poste de travail,
- respect d'une hiérarchie (existante ou improvisée)
- comportements organisés de d'entraide, de secours, de sauvetage,
- évacuation dans l'ordre



Structure du groupe et leadership maintenus ou rétablis
Morale d'entraide

Les réactions collectives immédiates (2)

- **Inadaptées:**

- Panique collective, fuite éperdue, agitation
- Inhibition collective, stupeur
- Violences, rixes, émeutes, pillages
- Exodes
- Désignation de boucs émissaires, lynchages
- suicides collectifs...

 Dissolution de la hiérarchie et de la structure du groupe

Les réactions collectives différées

- **Adaptées:**
 - comportements de prévention, exercices réguliers..
- **Inadaptées**
 - populations « traumatisées », tentant d'exorciser le traumatisme

Les familles impliquées ou endeuillées

Deuil et psychotraumatisme (1)

- Deuil et psychotraumatisme sont très **souvent associés**.
- Le deuil représente **la mort d'un être cher** (humain ou animal) ce que les anglo-saxons appellent « **un autre significatif** » (signifiant other).
- Comme le psychotraumatisme, le deuil va durer toute la vie, mais il va se transformer au cours du **chemin de deuil**.

Deuil et psychotraumatisme (2)

- Ce qui caractérise le deuil après un psychotraumatisme:
 - la soudaineté
 - le sentiment d'injustice
 - le sentiment d'incompréhension
 - le sentiment de colère et/ou d'abattement
 - parfois, le sentiment de culpabilité
 - l'évitement de ce qui évoque le drame ou à l'inverse la répétition incessante du drame.

Deuil et psychotraumatisme (3)

- Principes de prise en charge :
 - respecter la douleur normale du deuil avec un accompagnement psychologique discret,
 - ne pas diagnostiquer un état dépressif caractérisé avant au moins deux mois.
 - prescrire les psychotropes avec précaution.
- Les manifestations du deuil peuvent être **peu visibles** au début, en raison d'une **phase de choc** et de **protestation**.
- A contrario, elles peuvent être plus bruyantes avec un « masque maniaque, hystérique ou obsessionnel ».

Deuil et psychotraumatisme (4)

- Ne jamais oublier que l'endeuillé sera souvent entouré pendant les premières semaines.
- Mais des difficultés psychosociales peuvent intervenir à moyen terme :
 - les endeuillés sont moins entourés,
 - le vide est ressenti très douloureusement,
 - ils sont parfois confrontés à des difficultés socio-économiques.

Deuil et psychotraumatisme (5)

- Les risques encourus sont :
 - l'assimilation au défunt
 - le désir de « rejoindre » la personne décédée avec parfois, des conduites à risque, voire des idées de suicide
 - l'apparition ou l'accentuation des addictions (notamment chez les hommes)
- A moyen et long terme, peuvent apparaître :
 - des troubles fonctionnels, voire des maladies psychosomatiques
 - des décompensations de troubles psychiatriques.

Deuil et psychotraumatisme (6)

- Ce deuil compliqué est plus fréquent :
 - chez l'enfant avec la présence de nombreux troubles fonctionnels et du comportement.
 - chez l'adolescent avec des troubles du comportement.
 - chez la personne âgée avec la décompensation de pathologies organiques.

Le stress des soignants et des sauveteurs

Facteurs de stress et de trauma pour l'intervenant (1)

- **Liés à l'évènement :**

- destructions, désorganisation, cadavres, blessés,
- froid, chaleur, bruit, fumée, poussière
- appels, pression des familles, présence des médias

- **Liés au rôle propre :**

- insécurité et inconfort du poste
- dépense physique et mentale, pression temporelle

Facteurs de stress et de trauma pour l'intervenant (2)

- **Liés à l'organisation**
 - tâche trop lourde, responsabilité inhabituelle
 - contraintes administratives, difficulté d'insertion, difficultés avec la hiérarchie
- **Liés à des facteurs personnels**
 - personnalité, caractère, motivation, soucis,
 - résonance personnelle, seuil de tolérance.

La clinique : réactions immédiates

- **Stress adapté**
 - manifestations biologiques, physique et psychologiques de défense et de mobilisation des ressources face au danger
- **Stress dépassé**
 - sidération, agitation, fuite panique, actes automatiques
- **Stress avec décompensation psychopathologique** (névrotique, psychotique, ...)
- **Attitude de défense** chez l'intervenant, (imparfaites)
 - se concentrer sur le geste technique, agir en automate
 - s'agglutiner aux camarades, craindre d'agir seul

La période post-immédiate (1)

(durée : 2 jours à 1 mois)

- **Post stress adapté**
 - sensation transitoire d'épuisement-soulagement
 - prise de distance vis-à-vis de l'événement
 - reprise d'activité professionnelle
 - réinsertion harmonieuse en milieu familial
- **Parfois émaillé de décharges émotionnelles différées**
 - abattement, dépression, crise de larmes
 - excitation, agitation, irritation, agressivité
 - débâcle neuro-végétative

La période post-immédiate (2)

(durée : 2 jours à 1 mois)

- **Signes d'entrée dans la pathologie**
 - persistance des symptômes de déréalisation
 - premières reviviscences (visions, cauchemars)
 - difficulté d'endormissement
 - fixation mentale sur l'événement
 - difficulté à reprendre le travail
 - difficulté à se réinsérer dans la vie familiale
 - euphorie excessive ou retrait perplexe

La clinique : troubles chroniques

- **Troubles spécifiques (TSPT)**
 - répétition (reviviscence diurne, cauchemars)
 - hyperactivité neurovégétative (sursauts, difficultés d 'endormissement, état d 'alerte, irritabilité...)
 - évitement (conduites phobiques...)
 - détachement(indifférence, troubles relationnels...)
- **Troubles non spécifiques** (dépressifs, anxieux, somatisations, conduites addictives...)
- **Modifications de la personnalité**

Spécifique du soignant : l'épuisement professionnel (Burn-out)

« Surcharge de stress ou accumulation de micro-traumas ? »

- baisse de l'attention et de la concentration
- dépression (plus que l'anxiété)
- perte de motivation,
- irritabilité, repli social
- épuisement physique et mental
- fautes professionnelles
- vécu persécutoire

Prévention – Traitement (1)

- **Prévention de « fond »**

- sélection, formation (initiale et permanente)
- information
- entraînement,
- rapport positif avec la hiérarchie
- information sur le stress et son contrôle

- **Prévention sur la mission**

- information sur la mission
- définition précise de la tâche
- cohérence des équipes
- soutien de la hiérarchie

Prévention – Traitement (2)

- **Soutien pendant la mission**
 - plages de repos
 - surveillance des comportements
 - intervention ponctuelle d'un psy « defusing »
- **Soutien au décours de la mission**
 - defusing
 - debriefing technique (avec la hiérarchie)
 - debriefing psychologique
- **Suivi à long terme**
 - consultation médicale, psychiatrique ou psychologique

PRINCIPES DU DEBRIEFING PSYCHOLOGIQUE DU SAUVETEUR (L. CROCQ)

- 1 – Créer un sas intermédiaire entre l'anormal et le normal
- 2 – Conforter le sujet dans sa personne et sa fonction
- 3 – L'inviter à verbaliser son vécu (cognitif et affectif)
- 4 – L'informer sur ses symptômes passés, présents et à venir
- 5 – L'aider à gérer l'impuissance, l'échec et la culpabilité.
- 6 – Mettre à plat et réduire les tensions et conflits de groupe,
- 7 – L'aider à se réapproprier l'événement
- 8 – Le préparer à affronter son milieu social antérieur
- 9 – Détecter les cas qu'il faudra suivre ultérieurement (sans stigmatiser)
- 10 – Aider le sujet à mettre un point final à son expérience.