

1 & 2 décembre 2023

Bordeaux - Hôtel Pullman



23^{èmes} Journées
d'Urgences Pédiatriques du Sud-Ouest



Que fait-on face à un psychotraumatisme aigu de l'enfant?



Dr Charles-Henry MARTIN psychiatre référent ZDS Sud-Ouest
Denis GRABOT, Elisabeth GLATIGNY-DALLAY & Sarah-Salomé DURAND psychologues
Rémy TISSIER infirmier
Julie TRUCHON AMA

cumpaquitaine@ch-perrens.fr www.ch-perrens.fr/cump-na



www.jupso.fr



Interface ville ■ hôpital



Que fait-on face à un psychotraumatisme aigu de l'enfant?

• INTRODUCTION

- CUMP
- Définition
- Temporalité
- Prévention

• LES PROFESSIONNELS FACE A UN ENFANT AYANT SUBI UN EPT

- Professionnels non formés
- Professionnels formés

• RETEX : féminicide





Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

Vous venez d'être
confronté à un
évènement
potentiellement
traumatique

Le personnel de la CUMP du SAMU33 est à votre
disposition du Lundi au Vendredi 9h-17h

05 56 56 31 47



En cas d'urgence composez le **15**



CH Charles Perrons – 121 rue de la Bécade 33076 Bordeaux

QUI SOMMES-NOUS ?



Professionnels hospitaliers

- Psychologues
- Psychiatres
- Infirmiers

LA CUMP S'ADRESSE :



Adultes



Enfants



Sauveteurs
exposés

RÉACTIONS FRÉQUENTES :

- Insomnies
- Cauchemars
- Flashback
- Etat d'alerte et de tension
- Colère
- Irritabilité...

RENDEZ-VOUS POSSIBLES :



A la CUMP
ou au SAMU



Par téléphone



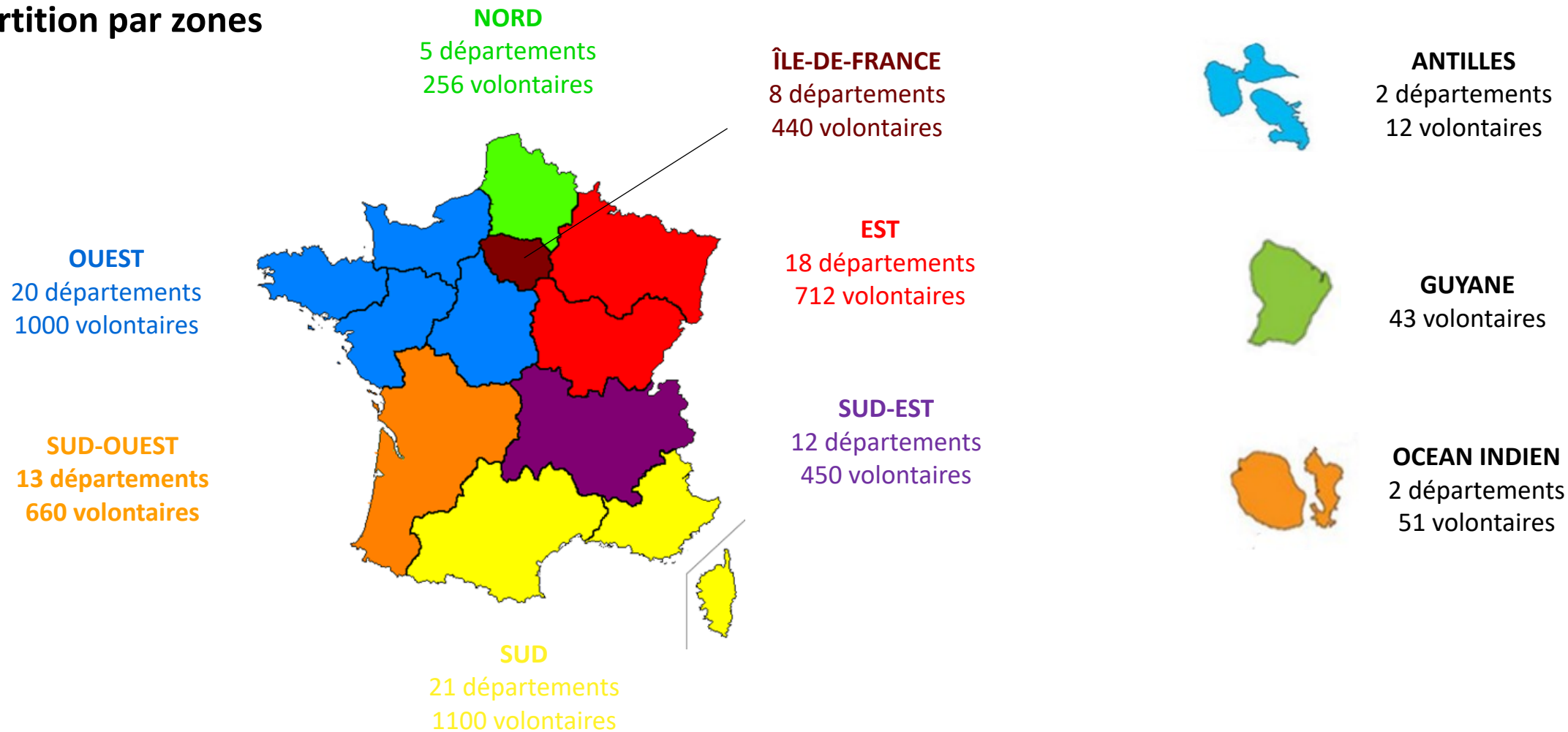
En visio





Effectifs CUMP 2021 - 4238 professionnels (Données PIRAMIG 90%)

Répartition par zones





CUMP: DISPOSITIF

- CUMP / SAMU / département > 13 CUMP
- 3 CUMP **permanentes** = Bordeaux / Poitiers / Limoges
> 1/2 psychiatre, 1,5 psychologue, 1 IDE, 1/2 secrétariat
- CUMP Bordeaux > renforcement zonal (2017)
> astreinte régionale + 1/2 temps IDE de coord. régionale
- 9 CUMP départementales coordonnées par un
> 1 psychiatre référent volontaire
- Coordination d'un réseaux de volontaires psychiatres, psychologues et infirmiers formés à la psychiatrie de catastrophe.





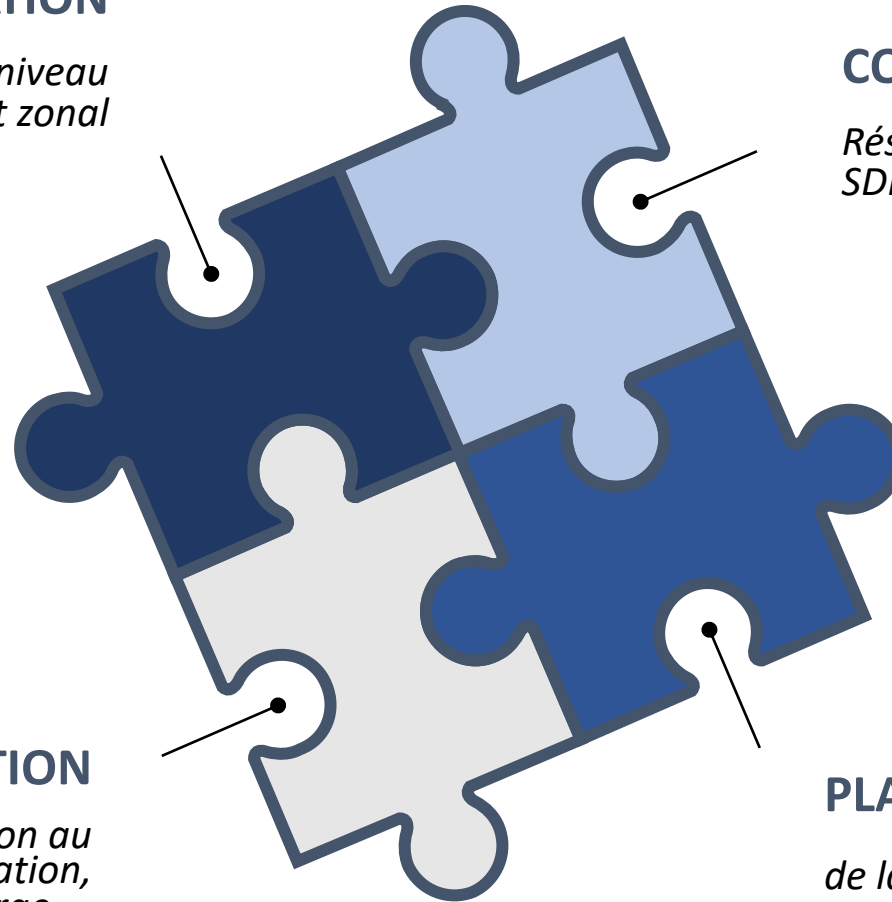
CUMP : Au-delà de l'intervention ...

ANIMATION

Réseau des volontaires au niveau départemental, régional et zonal

COORDINATION

Réseau santé, justice, éducation nationale, SDIS, police, AASC, partenaires ...



FORMATION

Formation et sensibilisation au psychotraumatisme : repérage, évaluation, prise en charge ...

PLANIFICATION ET PRÉPARATION

de la réponse aux SSE, participation aux exercices de médecine de catastrophe





Spécificités cliniques psychotraumatiques chez l'enfant

PARTICULARITÉS PSYCHO-DÉVELOPPEMENTALES DE L'ENFANT

- **Théories infantiles:**
 - Le monde est sécurisant
 - Figures d'attachement : Invulnérabilité + protection infallible
- BESOINS
 - **Répétitivité**
 - **Durabilité**
 - **Prévisibilité, routine (hier prédit demain)**
 - **Continuité**
 - **Cohérence**
- **Quand TRAUMA = RENCONTRE BRUTALE AVEC LE RÉEL DE LA MORT**
 - ➔ **destruction des croyances**
 - ébranlement du sentiment fondamental de sécurité**
- **+ tendance à la culpabilité; les enfants ont moins de stratégies de coping.**





Les différents temps de la PEC

Immédiate Moins 48h à 3J	Post immédiate 3J à 1 mois	1 à 3 mois	3 à 6 mois	+ 6 mois
Soins immédiats	Soins post-immédiat			
Trouble aigu (abs DSM-5)	TSA	TSPT aigu	TSPT chronique	TSPT avec manifestations différées
Stress adapté ou Stress dépassé 4 formes Sidération, Agitation, Fuite panique Actions Automatiques Détresse PT ou Dissociation PT	Symptômes: Intrusion, Evitement, humeur <0, symp. d'activation + dissociatifs	Reviviscence, Evitement, Altération <0 de cognitions et humeur, Hyperactivité neurovégétative		Pas éclosion spontanée mais aggravation d'une forme subsyndromique



Prévention

Prise en soin Précoce → prévenir TSPT

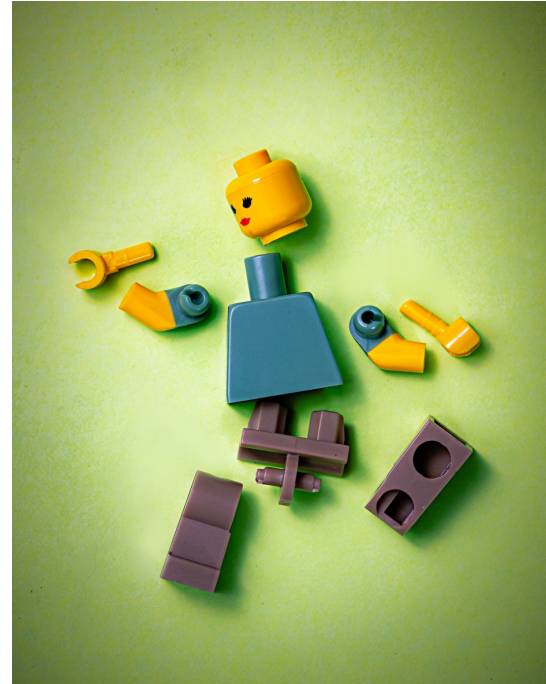
Réactions péri-traumatiques = indicateur de risque TSPT

Intensité détresse émotionnelle en immédiat prédit TSPT
(échelle PDI enfants 8-15 ans Bui et al.)

- Peur intense
- Sentiment d'horreur
- Chaos sensoriel
- Tremblements majeurs
- Dissociation : Sidération, agitation, désorganisation, comportement automatique.

Comment intervenir?





Que fait-on face à un psychotraumatisme aigu de l'enfant?

Professionnels « tout venant », non formés





ATTITUDE FACE À UN MINEUR EXPOSÉ À UN ÉVÈNEMENT TRAUMATOGENÈ MAJEUR

- Principe de sécurité
- Eviter la surexposition
- Réinstaurer des routines

1
Environnement

- 1^{er} contact
- Importance du non-verbal
- Pas de projections hasardeuses

2
Se présenter

4
Verbal

- Phrases courtes, simples
- Questions ouvertes
- Eviter attitude d'enquête

3
Non-verbal

- Attitude calme et attentive
- Contact chaleureux
- Ecoute attentionnée, rassurante





Ces recommandations s'appuient sur les référentiels universitaires de pédopsychiatrie, du Centre National de Ressource et de Résilience, de l'Organisation Mondiale de la Santé, et de divers travaux des CUMP.

Ce document s'adresse aux professionnels intervenant auprès de mineurs récemment exposés à un événement traumatogène majeur.

Pour affichage dans les services d'accueil concernés.

➤ Pour tout conseils ou avis, contactez la **CUMP33-ZSO au 0800.719.912**

1. ENVIRONNEMENT

- PRINCIPE DE SECURITE
 - A distance physique du lieu l'événement
 - Veiller aux besoins primaires (alimentation, boissons, couvertures...)
 - Éviter de laisser l'enfant seul
 - Rechercher / demander à l'enfant une figure d'attachement / personne de confiance
 - Tenter de rétablir le sentiment de sécurité
 - Expliquer que les adultes présents sont là pour le protéger
 - Rassurer sur le fait qu'il est maintenant en sécurité
- EVITER LA SUREXPOSITION POUR PREVENIR LE RISQUE DE SURTRAUMATISME
 - MEDIA >>> Eviter l'exposition aux images télé / internet
 - INTERVENANTS >>> Ne pas surexposer par la répétition du récit de l'événement traumatique
 - Traçabilité des informations données à l'enfant pour éviter les répétitions
 - RECIT TRAUMATIQUE
 - Réservé aux professionnels spécialisés
 - Ne pas forcer le récit
 - Cependant si verbalisation spontanée, recevoir la parole sans chercher à approfondir
 - Aucun bénéfice au récit à interlocuteur intervenant une seule fois
- REINSTAURER DES ROUTINES

2. SE PRÉSENTER - 1er CONTACT

- Prénom, +/- nom, fonction, mission
- Importance du non verbal +++
- Rencontre unique ou rencontres répétées
- Se mettre à niveau physiquement
- Rester dans son champ de compétences
- Accepter de dire « je ne sais pas »
- **RESTER DANS L'ICI ET MAINTENANT**
- Si en responsabilité, annoncer la suite des événements à court terme
- Aucune projection hasardeuse sur le moyen / long terme

3. NON VERBAL

- ATTITUDE
 - Calme / Attentif / Bienveillant
 - Contact visuel chaleureux et sincère
 - Ne pas être froid / contact...
 - Respecter les silences
- ECOUTE
 - Attentionnée & Rassurante
 - « ce que tu dis c'est important, ça m'aide à comprendre »
 - S'assurer d'avoir bien compris ce qu'il nous explique (répéter la réponse)
 - En immédiat, ne pas signifier à l'enfant d'éventuelles incohérences du discours

4. VERBAL

- Phrases courtes, simples et directes
- Rester très concret / éviter les métaphores
- S'adresser aux ados comme à des adultes
- Formulation des questions
 - Privilégier les questions ouvertes
 - « dis-moi tout sur ce que tu sais »
 - PAS : est-ce que tu sais que ceci ... cela »
- EVITER
 - Banaliser, dédramatiser
 - Curiosité inappropriée / Attitude d'enquête
 - Interprétations / Suppositions



Que fait-on face à un psychotraumatisme aigu de l'enfant?

Professionnels formés à la prise en soin précoce du psychotraumatisme



TRIAGE

Urgence Absolue Médico-Psychologique

Urgence Relative Médico-Psychologique

Impliqué Non-Urgent

à n'évaluer qu'après sécurisation auprès des figures d'attachement

	Urgence Absolue Médico-Psychologique	Urgence Relative Médico-Psychologique	Impliqué Non-Urgent
Contexte (facteurs d'évaluation secondaire)	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> figures d'attachement sécurisantes pas d'exposition physique à la menace organisation sociale préservée aucun proche blessé ou décédé
Clinique (facteurs d'évaluation primaire)	<ul style="list-style-type: none"> 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 d'effroi persistant comportements inadaptés 	<ul style="list-style-type: none"> mutisme absence de jeu pleurs incessants jeu traumatique dessin traumatique émotions impossibles à exprimer absence de verbalisation induite concernant l'évènement et le vécu 	<ul style="list-style-type: none"> verbalisation aisée description de l'évènement et des émotions associées sécurisation auprès des figures d'attachement jeu spontané non traumatique
Stratégie	<ul style="list-style-type: none"> prise en charge médicale, en présence permanente des figures d'attachement thérapeutique médicamenteuse si nécessaire 	prise en charge individuelle classique en 3 temps (selon l'âge)	prise en charge groupale guidée
Orientation	réévaluation dans les 48 heures si possible	réévaluation à J7-J10 + prise en charge post-immédiate en plusieurs séances	réévaluation à J7-J10



PEC Immédiates par professionnels formés

Objectifs

- Reprise du langage (pour sortir du chaos traumatique)
- Optimiser le soutien émotionnel parental
- Limiter la destruction des théories infantiles
- Contrôler la dysrégulation émotionnelle
- Amorcer un guidage cognitif
- Restaurer les processus de coping
- L'enfant est souvent peu symptomatique Mais évaluation ++
- Alliance ++, écoute attentionnée, rassurante
- Gestion de la dissociation
- Nécessité d'évaluer les principaux facteurs de risque ET LA QUALITE DU SOUTIEN FAMILIAL
- La narration de l'évènement (désarmorage (émotionnel) ou déchoquage immédiat) **SI pro formé et si la désorganisation émotionnelle est contrôlée** :
 - guidée et accompagnée ++
 - pas place centrale dans l'intervention
- Note d'information destinée aux parents + certificat médical initial

Le principal facteur de protection est la qualité du soutien familial
Promotion du soutien familial et social ++



1 & 2 décembre 2023

Bordeaux - Hôtel Pullman



23^{èmes} Journées d'Urgences Pédiatriques du Sud-Ouest





Merci pour votre attention



CUMP 33 Sud-Ouest

Cellule d'Urgence Médico-Psychologique Gironde NA
Zone de Défense et de Sécurité Sud-Ouest
CHU Bx -CH. Perrens- SAMU33

