

REPÉRAGE ET PRISE EN CHARGE INITIALE DES TROUBLES POST- TRAUMATIQUES

Pr Thierry Baubet

CESP, Inserm 1178, UTRPP Université Paris 13

AP-HP, Hôpital Avicenne, Bobigny

7 novembre 2017



Événement, trauma, deuil

3

- Événement stressant : troubles de l'adaptation
- Événement potentiellement traumatique : Stress aigu, TSPT, autres troubles anxieux, dépression, addictions
- Deuil
 - Nécessite relation d'attachement préalable
 - associé ou non à perceptions traumatiques
 - Dimension traumatique du deuil, d'autant plus que l'enfant est jeune

Lorsqu'un événement traumatique survient

4

- Confrontation directe aux événements
 - Blessés psychiques
 - Blessés physiques : **toujours blessés psychiques ++**
- Brutalement endeuillés
- Exposés + endeuillés
- Personnes, enfants dont un proche a été blessé
- Personnes, enfants dont un proche présente des troubles post-traumatiques
- (Effets sur la population générale)
- Effets sur les sauveteurs, secouristes, journalistes, policiers, etc.

Attentats : particularités interventions

5

- ❑ Traumatismes intentionnels
- ❑ Événements de guerre en temps de paix :
impréparation des services
- ❑ Institutions de soin peuvent être à proximité ou avoir
du personnel touché par l'événement

Cela nécessite

6

- ❑ Structures habituées à l'urgence psy, à la crise, aux plans d'urgence et comportant des pédopsys
- ❑ Des lieux dédiés aux enfants, avec du matériel adéquat
- ❑ S'inscrire d'emblée dans la temporalité (pas de « debriefing – vaccin »)
- ❑ Donc en **collaboration** avec les autres acteurs de la communauté : sanitaire, social, associatif (AAV, AV), ville, éducation nationale

Structure DSM5

7

- Nouvelle catégorie, sortie des troubles anxieux
- **« Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress »**
 - ▣ Trouble réactionnel de l'attachement
 - ▣ Désinhibition du contact social
 - ▣ **Trouble stress post-traumatique**
 - ▣ **Trouble stress aigu**
 - ▣ Trouble de l'adaptation

Traumatisme psychique

8

- Attention : **événement ≠ traumatisme**
- Attention : **stress ≠ trauma** (menace interne)

- **Certains** événements :
 - ▣ confrontation brutale au réel de la mort + surprise (impréparation psychique) = **EFFROI**
 - ▣ « Je me suis vu mort »
 - ▣ « J'ai vu la mort en face »

- En pratique : violences physiques et sexuelles mais aussi : découverte de corps particulièrement abîmés...

Qu'est-ce qui peut faire trauma ? (1)

9

- F. Lebigot : Confrontation au Réel de la mort
- DSM5 : critère A du TSPT : exposition à une violence (ou menace de violence) physique (pouvant causer blessure ou mort) ou sexuelle de l'une des manières suivantes :
 - Victime directe
 - Témoin alors que ça arrive à un tiers
 - Apprendre que c'est arrivé à un très proche (violent)
 - [Exposition répétée à des détails aversifs]

L'expérience de l'effroi

10

- « Blanc » de la pensée, le sujet est « déshabité par le langage » (Lebigot), perd sa qualité d'être parlant et son humanité
 - Sentiment d'abandon, « rupture communautaire » (Barrois)
 - Pas de peur ni d'angoisse, qui peuvent surgir ensuite
 - Génératrice de culpabilité et de honte (cf : Transgression)
-
- Lecture psychodynamique
 - Effraction de l'appareil psychique par une perception
 - « Corps étranger interne » (Freud) : la menace vient désormais de l'intérieur

Critère A DSM-5

- A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou plus) des façons suivantes :
1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques.
 2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à
 3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques est/sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. **N.B.** : Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
 4. En étant exposé de manière répétée ou extrême à des caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).
- N.B.** : Cela ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

« Demeurait cependant, au moment où la fusillade n'était plus qu'en attente, le sentiment de légèreté que je ne saurais traduire : libéré de la vie ? L'infini qui s'ouvre ? Ni bonheur, ni malheur. Ni l'absence de crainte et peut être déjà le pas au-delà. Je sais, j'imagine que ce sentiment inanalysable changea ce qui lui restait d'existence. Comme si la mort hors de lui ne pouvait désormais que se heurter à la mort en lui. « Je suis vivant. Non, tu es mort ». [...] Qu'importe. Seul demeure le sentiment de légèreté qui est la mort même ou, pour le dire plus précisément, l'instant de ma mort désormais toujours en instance. »

Maurice Blanchot

L'instant de ma mort (1994 : 7, 10-11, 16-17, 20).

Qu'est-ce qui peut faire trauma ? (2)

13

- Enfant plus jeune (Drell 1993) :
« Événement violent, unique ou répété, débordant les capacités défensives de l'enfant qui en est victime ou témoin »
- Effroi
 - directement perçu
 - Destruction « théories sociales infantiles » (L. Bailly)
 - Réaction parentale

Qu'est-ce qui peut faire trauma ? (3)

14

Anna Freud, 1965

- « L'essence du traumatisme réside dans la mise hors service du Moi. L'enfant peut traverser une expérience on ne peut plus néfaste sans pour autant être traumatisé, c'est-à-dire qu'il peut y faire face grâce à l'un ou à l'autre de ses mécanismes de son Moi. Dans ce cas, on ne devrait pas parler de traumatisme ».
- Lorsqu'il y a traumatisme, on observe le plus souvent une « réaction déficitaire du point de vue du Moi » : explosion de colère, stupeur, réaction somatique. « Le Moi a été mis hors-circuit et l'organisme a été contraint de régresser et à se servir de modes de fonctionnement archaïques, antérieurs à ceux du moi ».

Epidémiologie

15

- Exposition à des événements traumatogènes : deux tiers des moins de 16 ans, tous ne développent pas de TPST
- 10 à 30% des jeunes enfants exposés développent des troubles, ceux-ci tendent à devenir chroniques
- Donc si durée des troubles supérieur à 1 mois : besoin d'un traitement spécifique (travaux ont montré échec traitements communautaires sur TPST jeune enfant constitué)

Quels sont les facteurs de risque d'apparition de troubles chroniques ?

16

- Exposition (intensité, durée...)
- Captivité
- Blessure
- Deuil
- Dissociation péritraumatique
- ATCD d'événement traumatique
- ATCD psychiatrique
- (Enfant) Psychopathologie parentale, fonctionnement familial, PTSD relationnel
- Faible soutien social, isolement

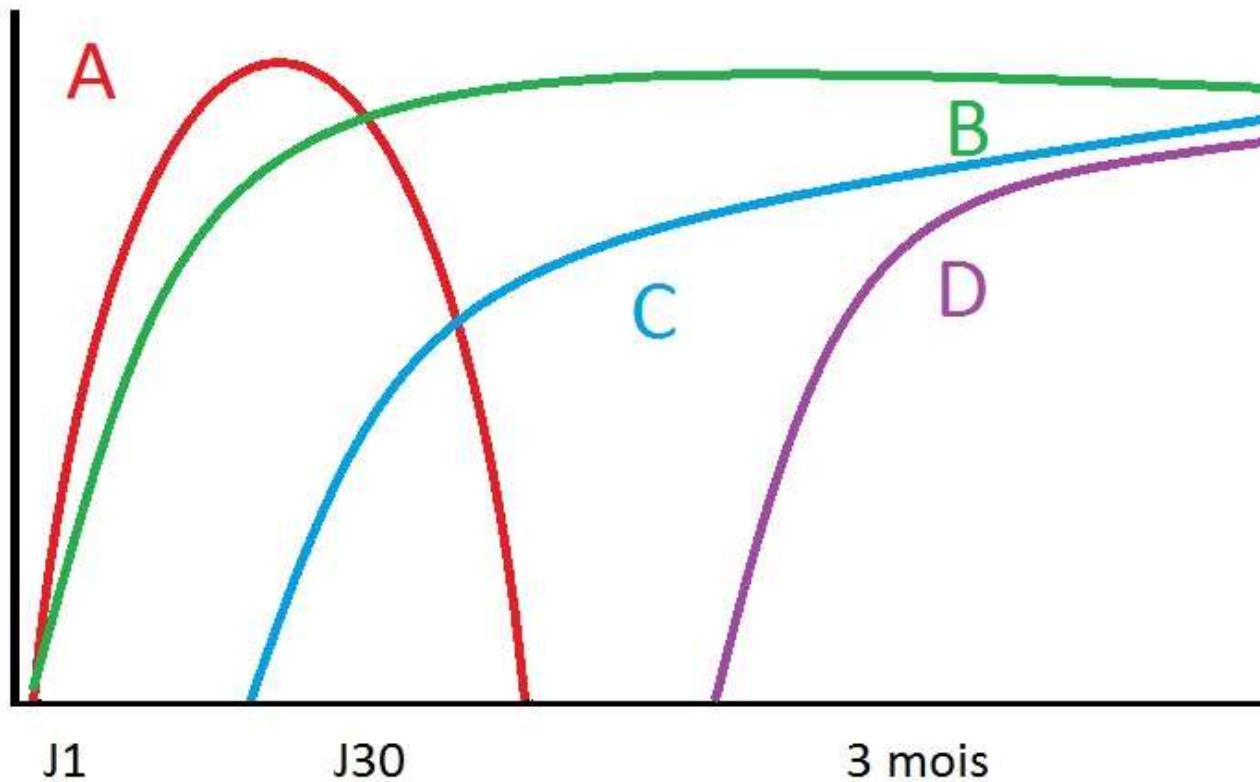
Temporalité des troubles post-traumatiques (d'après Crocq)

J1	IMMEDIAT	Stress adaptatif Stress dépassé Autres	DEFUSING
J2-J10	POST-IMMEDIAT	Réactions aiguës de stress	DEBRIEFING - IPPI
J10 -J30		Stress traumatique aigu	PSYCHOTHERAPIE +/- PHARMACO
M2		Stress post-traumatique SPT complexe SPT subsyndromique Trouble humeur, anxieux, addictions, psychosomatiques, idées suicidaire...	
Long terme		Idem Modifications de la personnalité	

Conséquences post-immédiates (1^{er} mois)

18

Intensité réaction



Conséquences immédiates (J1)

19

- Stress adapté
- Stress dépassé
 - Sidération
 - Agitation
 - Fuite panique
 - Comportement automatique, dissociation

- Ces réactions indiquent choc traumatique, mais pas forcément pathologie ultérieure

Dissociation péritraumatique

20

- Mécanisme de protection psychique (éviter la contagion / se déconnecter)
- Sentiment subjectif de torpeur, d'irréalité, de bizarrerie de soi (dépersonnalisation) et environnement (déréalisation), modification de l'écoulement du temps, amnésie complète ou partielle
- Perte transitoire de la capacité d'association entre pensées, souvenirs, émotions, ressentis corporels
- Peut persister des jours

Conséquences post-immédiates

Trouble stress aigu (1)

21

- A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou plus) des façons suivantes :
1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques.
 2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à
 3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques est/sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. **N.B.** : Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
 4. En étant exposé de manière répétée ou extrême à des caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).
- N.B.** : Cela ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

Conséquences post-immédiates Trouble stress aigu (2)

22

- B. Présence de neuf (ou plus) des symptômes suivants de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes : symptômes envahissants, humeur négative, symptômes dissociatifs, symptômes d'évitement et symptômes d'éveil, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

Symptômes envahissants

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
3. Réactions dissociatives (p. ex. *flashbacks* [scènes rétrospectives]) au cours desquelles l'individu se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)
N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

Conséquences post-immédiates Trouble stress aigu (3)

23

Humeur négative

5. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

Symptômes dissociatifs

6. Altération de la perception de la réalité, de son environnement ou de soi-même (p. ex. se voir soi-même d'une manière différente, être dans un état d'hébétude ou percevoir un ralentissement de l'écoulement du temps).
7. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas en raison d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

Symptômes d'évitement

8. Efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
9. Efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

Conséquences post-immédiates Trouble stress aigu (4)

24

Symptômes d'éveil

10. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
 11. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 12. Hypervigilance.
 13. Difficultés de concentration.
 14. Réaction de sursaut exagérée.
- C. La durée de la perturbation (des symptômes du critère B) est de 3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme.
- N.B.** : Les symptômes débutent typiquement immédiatement après le traumatisme mais ils doivent persister pendant au moins 3 jours et jusqu'à 1 mois pour répondre aux critères diagnostiques du trouble.
- D. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection médicale (p. ex. lésion cérébrale traumatique légère), et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref.

Conséquences différées et complications

25

□ Différées

- **Etat de Stress Post-Traumatique** = Syndrome psychotraumatique chronique ++++
- Dépression Caractérisée
- Autres troubles anxieux (TP, TAG...)
- ESPT Complexe

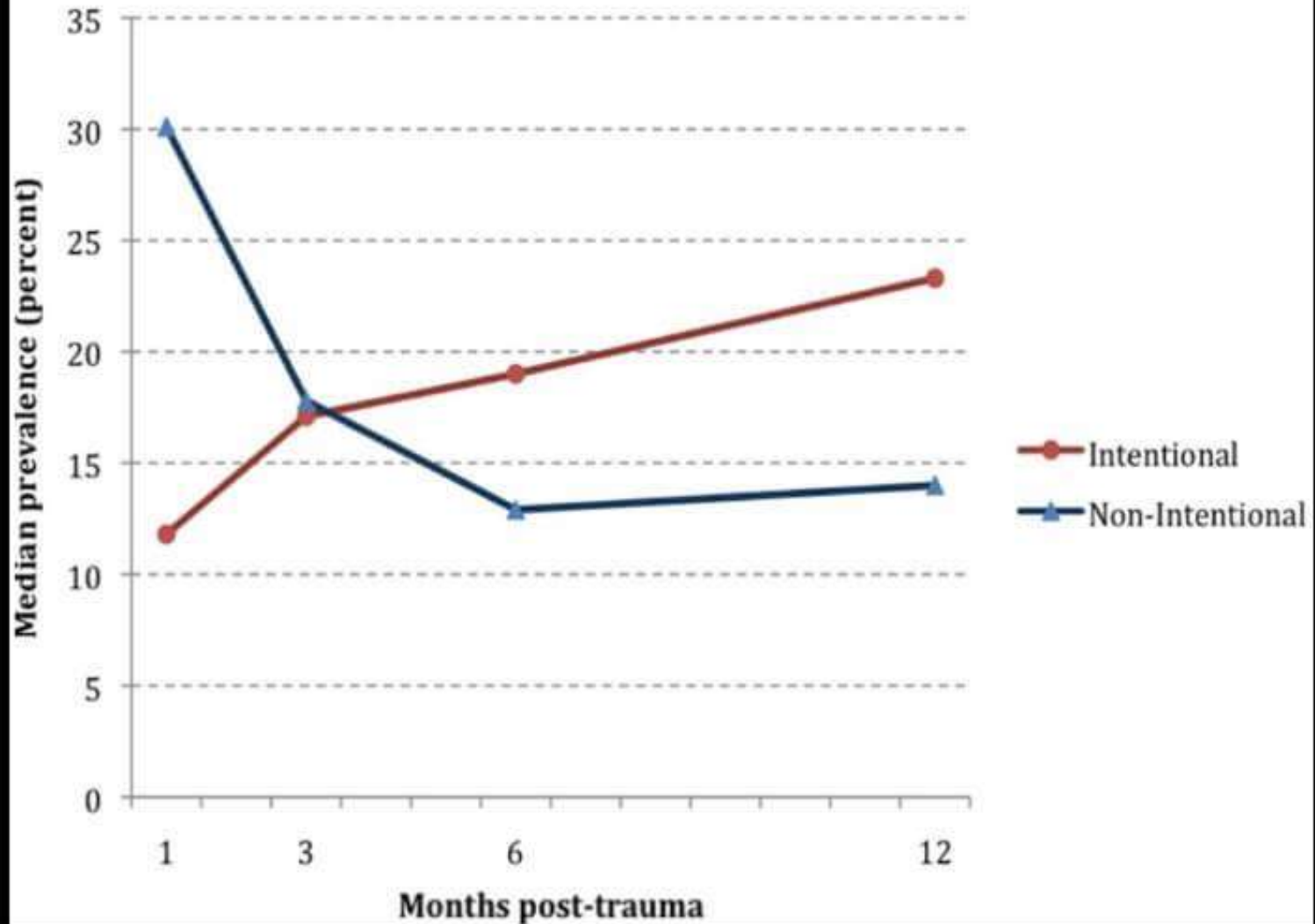
- **Complications de l'ESPT** : Dépression, Addictions +++ , modifications durables de la personnalité, risque suicidaire+++

Rappels sur la temporalité des troubles liés à l'effroi

26

- ❑ Troubles aigus (choc, ASD, Symptômes dissociatifs)
- ❑ Des troubles aigus, même importants ne sont pas forcément prédictifs d'une évolution vers un trouble chronique (TSPT)
- ❑ L'absence de trouble aigu ne garantit pas une évolution favorable !
- ❑ Parents, adultes sous-estiment en général difficultés de l'enfant. Cas des parents eux-mêmes affectés.
- ❑ Pose la question de l'articulation entre la crise, la réévaluation, un suivi éventuel : dispositifs ouverts dans le long terme

Posttraumatic Stress Disorder Rates in people experiencing intentional and non-intentional trauma



source: Santiago PN, Ursano RJ, Gray CL, Pynoos RS, Spiegel D, Lewis-Fernandez R, et al. (2013). A Systematic Review of PTSD Prevalence and Trajectories in DSM-5 Defined Trauma Exposed Populations: Intentional and Non-Intentional Traumatic Events PLoS ONE 8(4): e59236. doi:10.1371/journal.pone.0059236

<http://traumadissociation.com/ptsd.html>

TSPT

28

- A : Événement
- B : Reviviscences
- C : Evitement
- D : Altérations cognitives et de l'humeur
- E : Augmentation de la réactivité
- F : Au moins un mois
- G : Retentissement

Trouble stress post-traumatique

N.B. : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, cf. les critères correspondants ci-dessous.

- A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
 2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
 3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
 4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

Syndrome de répétition traumatique (Critère B)

30

- Caractéristique
- Reviviscence = **même détresse ++**
- Immédiat ou différé
- Transitoire ou chronique
- Différentes formes
 - ▣ NB : Chez l'enfant : jeu traumatique, intérêt exclusif, besoin d'en parler sans cesse...

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
3. Réactions dissociatives (p. ex. *flashbacks* [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)
N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

- C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :
1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
 2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

- D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
 2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
 3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
 4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
 5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
 6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
 7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

- E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
 3. Hypervigilance.
 4. Réaction de sursaut exagérée.
 5. Problèmes de concentration.
 6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
- F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.
- G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Souvent associés (1) :

35

1 - **Triple asthénie** (physique, psychique, sexuelle)

- ▣ fatigabilité, sensation d'épuisement,
- ▣ attention labile, baisse de la mémoire, difficulté de concentration
- ▣ baisse de la libido, impuissance, frigidité.

2- **Anxiété** (apparue après le trauma)

- ▣ anxiété généralisée (appréhension péjorative)
- ▣ accès d'angoisse psychique et somatique sans motif

3 - **Symptômes psychonévrotiques**

- ▣ *hystériques* (crises, état second, conversions)
- ▣ *phobiques* (phobies et évitements liés à l'événement)
- ▣ *obsessionnels* (rituels protecteurs et vérificateurs)

Souvent associés (2) :

36

4 - Somatisations et troubles psychosomatiques

- ▣ plaintes somatiques diverses (céphalées, lombalgies)
- ▣ troubles psychosomatiques caractérisés (avec lésion d'organe) :
 - *asthme, hypertension, angor,*
 - *ulcus gastrique, colite*
 - *eczéma, psoriasis, alopecie, canitie,*
 - *goitre, diabète*

5 - Troubles des conduites

- ▣ anorexie ou boulimie
- ▣ conduites addictives (alcool, drogues)
- ▣ accès de colère, conduites agressives
- ▣ conduites suicidaires

SPT : Jeunes enfants

37

- **Même structure, manifestations cliniques différentes**
- **Symptômes fréquemment associés** : pertes d'acquisitions, agressivité agie (pairs, adultes, animaux), apparition de nouvelles peurs ou d'une anxiété de séparation, comportements sexuels inappropriés pour l'âge...
- **Diagnostic à considérer comme prioritaire si :**
 - ▣ Exposition à un événement traumatogène
 - ▣ Les symptômes n'étaient pas présents auparavant

Trouble stress post-traumatique de l'enfant de 6 ans ou moins

- A. Chez l'enfant de 6 ans ou moins, exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
 2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant.
N.B. : Être le témoin direct n'inclut pas les événements dont l'enfant a été témoin seulement par des médias électroniques, la télévision, des films ou des images.
 3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un parent ou à une personne prenant soin de l'enfant.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou à plusieurs événements traumatiques ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
N.B. : Les souvenirs spontanés et envahissants ne laissent pas nécessairement apparaître la détresse et peuvent s'exprimer par le biais de reconstitutions dans le jeu.
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse, dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
N.B. : Il peut être impossible de vérifier que le contenu effrayant est lié à l'événement/aux événements traumatiques.
3. Réactions dissociatives (p. ex. *flashbacks* [scènes rétrospectives]) au cours desquelles l'enfant se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.) Des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir au cours du jeu.
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices rappelant le ou les événements traumatiques.

C. Un (ou plusieurs) des symptômes suivants, représentant soit un évitement persistant de stimuli associés à l'événement/aux événements traumatiques, soit des altérations des cognitions et de l'humeur associées à l'événement/aux événements traumatiques, doivent être présents et débiter après le ou les événements ou s'aggraver après le ou les événements traumatiques :

Évitement persistant de stimuli

1. Évitement ou efforts pour éviter des activités, des endroits ou des indices physiques qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques.
2. Évitement ou efforts pour éviter les personnes, les conversations ou les situations interpersonnelles qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques.

Altérations négatives des cognitions

3. Augmentation nette de la fréquence des états émotionnels négatifs (p. ex. crainte, culpabilité, tristesse, honte, confusion).
4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces activités, y compris le jeu.
5. Comportement traduisant un retrait social.
6. Réduction persistante de l'expression des émotions positives.

- D. Changements marqués de l'éveil et de la réactivité associés à l'événement/aux événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :
1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets (y compris par des crises extrêmes de colère).
 2. Hypervigilance.
 3. Réaction de sursaut exagérée.
 4. Difficultés de concentration.
 5. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
- E. La perturbation dure plus d'un mois.
- F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération des relations avec les parents, la fratrie, les pairs, d'autres aidants ou une altération du comportement scolaire.
- G. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou une autre affection médicale.

Trauma de type I et II

42

- Décrit chez l'enfant plus grand par Terr
- Trauma de type I
- Trauma de type II

TSPT complexe (1)

43

- Les sujets qui ont expérimenté une période prolongée (mois à années) de victimisation chronique et d'emprise/de contrôle de la part d'un autre peuvent rencontrer les difficultés suivantes (en plus des signes de TSPT) :
 - **Troubles de la régulation émotionnelle** : tristesse, idées suicidaires, crises de colère, impulsivité
 - **Conscience** : amnésie de certains aspects de l'événement, dépersonnalisation, déréalisation, dissociation
 - **Perception de soi** : impuissance, honte, culpabilité, stigma, sentiment d'être devenu complètement différent des autres êtres humains
 - **Distorsions perceptives concernant l'agresseur** : continuer à lui attribuer un pouvoir total, être sans cesse préoccupé par la relation avec lui, ou par la vengeance, identification à l'agresseur
 - **Symptômes somatiques** : douleurs psychogènes, conversions
 - **Relations aux autres** : isolement, méfiance, hostilité, recherche répétée d'un sauveur
 - **Système personnel de sens** : perte des croyances (philosophiques, religieuses, etc.) qui soutenaient l'individu jusque-là, désespoir, pessimisme

TSPT complexe (2)

44

- Concept TSPT Complexe proposé par Hermann (1992) mais non retenu dans le DSM
- Risque d'erreur diagnostique avec un trouble de la personnalité, notamment borderline, dépendante, masochiste

Des modifications profondes

45

- Confrontation à des traumatismes, surtout si intentionnels et/ou répétés peut produire de profondes modifications dans :
 - ▣ La manière dont on pense le monde
 - croyances philosophiques, religieuses
 - Absurde, perte de sens
 - ▣ La manière dont on se pense soit même
 - Rupture du sentiment de continuité d'existence
 - Sentiment de modification de soi
 - ▣ La manière dont on interagit, y compris avec sa famille
+++

Deuil

46

- Un processus psychique inscrit dans le temps
- Deuil adapté : pas une maladie
 - ▣ Psychologique : « Travail de deuil »
 - ▣ Somatique
 - ▣ Sociale; culturelle, spirituelle
- Travail du deuil (Freud 1915)

Travail de deuil (Freud, 1915)

47

- Processus intrapsychique, consécutif à la perte d'un objet d'attachement, et par lequel le sujet réussit progressivement à se détacher de celui-ci pour investir de nouveaux objets
- Aboutissement de tout un processus intérieur impliquant une activité du sujet
- Toute l'énergie du sujet semble accaparée par sa douleur et ses souvenirs jusqu'à ce que « ... le moi, pour ainsi dire, obligé de décider s'il veut partager ce destin [de l'objet perdu], considérant l'ensemble des satisfactions narcissiques qu'il y a à rester en vie, se détermine à rompre son lien avec l'objet anéanti »
- « Chacun des souvenirs, chacune des attentes par lesquels la libido était liée à l'objet sont présentifiés, surinvestis et sur chacun s'accomplit le détachement de la libido »
- « Tuer le mort » (Lagache 1938)

Les « étapes » du deuil

48

- 3, 4, 5, 7 selon les auteurs...
- Pas des étapes successives
- Phase de choc : anesthésie affective, déni, détachement
- Phase dans laquelle le chagrin prédomine : oscillations entre surinvestissement et tentative de préserver le lien vs désorganisation, sentiment de vide
- Phase de restructuration : apparition de nouveaux investissements
- Durée : de 1 à plusieurs années pour la phase centrale
- Un travail jamais « terminé »

Complications

49

- Difficultés terminologiques +++
 - Deuil psychiatrique = apparition d'un trouble psychiatrique : Dépression caractérisée, trouble anxieux, manie, trouble délirant, TSPT [crit. A DSM5]
 - Deuil compliqué : différé, inhibé, chronique
 - Deuil traumatogène (Bacqué) ou traumatique (Prigerson) ou Deuil complexe persistant (DSM5) suicidalité X8 indépendamment MDD et PTSD (Latham et al, 2011)
 - Deuil avec traumatisme (ou deuil post-traumatique)

Deuil traumatogène lié à la perte (M.F. Bacqué)

50

- Equivalent du deuil traumatique des anglo-saxons (traumatic grief)
- C'est la perte en elle-même qui est vécue comme un traumatisme mais ce n'est pas un trouble de stress post-traumatique
- Le mort est sans arrêt présent à l'esprit, mais contrairement aux reviviscences du TSPT, cette présence (douloureuse) est recherchée par l'endeuillé qui ne peut pas « se séparer » du mort

Deuil complexe persistant (DSM5)

51

- A. La personne a perdu par décès un de ses proches.
- B. Depuis le décès, au moins un des symptômes suivants est ressenti, la plupart des jours, à un degré cliniquement significatif et persiste depuis au moins 12 mois après la mort chez l'adulte et 6 mois chez l'enfant :
 1. Fort désir/besoin persistant concernant le défunt. Pour les enfants en bas âge, ce désir peut être exprimé dans le jeu et le comportement, y compris les comportements qui représentent la séparation mais également les retrouvailles, avec un aidant ou une figure d'attachement.
 2. Peine intense et douleur émotionnelle en réponse à la mort.
 3. Préoccupation à propos du défunt.
 4. Préoccupation à propos des circonstances du décès. Chez les enfants, cette préoccupation par le défunt peut être exprimée dans la thématique des jeux et dans les comportements et peut se poursuivre par des préoccupations à propos de la mort d'autres proches.

C. Depuis le décès, au moins six des symptômes suivants sont ressentis, la plupart des jours, et à un degré cliniquement significatif, et persistent depuis au moins 12 mois chez l'adulte et 6 mois chez l'enfant.

Détresse réactionnelle à la mort

1. Difficulté marquée à accepter le décès. Chez l'enfant, cela est dépendant de la capacité de l'enfant de comprendre la signification et la permanence de la mort.
2. Incrédulité ou torpeur émotionnelle à propos de la perte.
3. Difficultés causées par le rappel de souvenirs positifs concernant le défunt.
4. Amertume ou colère en lien avec la perte.
5. Évaluation inadaptée de soi-même par rapport au défunt ou à son décès (p. ex. auto-accusation).
6. Évitement excessif de ce qui rappelle la perte (p. ex. évitement des individus, des endroits ou des situations associés au défunt ; chez l'enfant, cela peut inclure l'évitement des pensées et des sentiments concernant le défunt).

Rupture sociale/identitaire

7. Désir de mourir afin d'être avec le défunt.
 8. Difficulté à faire confiance à d'autres individus depuis le décès.
 9. Sentiment de solitude ou d'être détaché des autres personnes depuis le décès.
 10. Sentiment que la vie n'a plus de sens ou est vide sans le défunt, ou croyance que l'on ne peut pas fonctionner sans le défunt.
 11. Confusion au sujet de son rôle dans la vie, ou sentiment de perte d'une partie de son identité (p. ex. penser qu'une partie de soi est morte avec le défunt).
 12. Difficulté ou réticence à maintenir des intérêts depuis la perte ou à se projeter dans le futur (p. ex. amitiés, activités).
- D. La perturbation cause une détresse cliniquement significative ou un retentissement significatif dans les domaines sociaux, professionnels ou dans d'autres domaines importants.
- E. La réaction de deuil est hors de proportion ou en contradiction avec les normes adaptées à la culture, la religion ou l'âge.

Facteurs favorisants / protecteurs

54

- ❑ **Facteurs favorisant le deuil traumatogène**
 - ❑ Soudaineté et violence de la perte
 - ❑ Mort d'un enfant
 - ❑ Pertes multiples
 - ❑ Crime, attentat, suicide
 - ❑ Corps endommagé, non retrouvé, disparu
 - ❑ Impossibilité d'assister aux funérailles
 - ❑ Blessure ou handicap associé
 - ❑ Jeune âge ou grand âge
 - ❑ Personnalité+++ , ATCD
- ❑ **Facteurs protecteurs**
 - ❑ Environnement social, familial soutenant, activité pro valorisante
 - ❑ Présence d'enfants dans la famille
 - ❑ Religion, communauté
 - ❑ Qualité des liens avec personne décédée vs relation ambivalente ou de dépendance

Deuil avec traumatisme (1)

55

- « Deuil post-traumatique » à éviter car le traumatisme n'est pas l'effet du deuil
- La mort, la vision du corps ou de l'agonie a produit une effraction traumatique
- Ex : AVP, découverte de corps, vision corps abimé, témoin agression mortelle

Deuil avec traumatisme (2)

56

- Confrontation du sujet au néant en lui (le traumatisme) et au vide (le deuil)
- Traitement difficile : évocation du deuil renvoie au trauma et vice-versa
- Pas de « marche à suivre » : souvent la dimension post-traumatique est initialement sur le devant de la scène, mais pas systématique

Annnonce de la mort : accompagner pour atténuer l'impact traumatique

57

- Conditions
 - ▣ S'assurer réalité décès
 - ▣ Ne pas mentir
 - ▣ Ne pas annoncer sans être autorisé
- Modalités
 - ▣ Le médecin qui a constaté, police, autorités
 - ▣ « mort »
 - ▣ Se présenter – vérifier compréhension et liens – contextualiser et expliquer progressivement – Écouter toutes questions - Proposer de voir le corps (pas n'importe comment)

Annonce aux enfants

58

- ❑ Enfants souvent oubliés
- ❑ Parents évitent l'annonce pour protéger mais « blessure à retardement » (Romano)
- ❑ Plutôt le médecin (avec accord et présence famille)
- ❑ L'annonce permet de restaurer la disponibilité de l'adulte (pas de mensonge)
- ❑ Partir de ce que l'enfant sait, à compris : « Tu sais pourquoi je suis là ? »
- ❑ Mots justes (mort) et adaptés à l'âge de l'enfant, mais pas de mensonge « endormi, parti, le regarde du ciel » - ressources culturelles
- ❑ Adultes doivent pouvoir exprimer leurs émotions et en parler

Deuil chez le bébé

59

- ❑ Le jeune enfant n'a pas les ressources cognitives ni émotionnelles pour comprendre et supporter perte de tous ses repères
- ❑ « Traumatisme de la perte » (Bowlby)
- ❑ Risque de déni de la réalité du deuil par l'entourage et les professionnels
- ❑ Bébés ont des compétences et déjà une histoire d'interactions avec parents
- ❑ Importance soutien du bébé, des interactions, du caregiver
- ❑ « Niche maternelle » (Cyrułnik) au plus vite

Manifestations jeune enfant endeuillé d'un parent (1)

60

- Chagrin et deuil
 - Cycles : détresse intense, retrait émotionnel, colère, détachement
 - Protestation : pleurs, comportement de recherche, accepte et rejette d'être consolé
 - Tristesse et retrait émotionnel : l'enfant a toujours le parent à l'esprit et s'attend à le revoir. « Brièveté de l'empan de tristesse » (Wolfenstein 1996)
 - Intensification des anxiétés normales du développement
 - Colère et auto ou hétéro-agressivité
 - Régression du fonctionnement développemental
 - Nouvelles peurs

Manifestations jeune enfant endeuillé d'un parent (2)

61

- Aspects cognitifs et affects
 - ▣ Idéalisation du parent décédé
 - ▣ Rêve de retrouvailles
 - ▣ Reproches et culpabilité
 - ▣ Attribution de toute-puissance (le parent a voulu partir, le parent survivant devrait le ramener)
 - ▣ Dénier
- Réactions des proches
 - ▣ Expressions de douleur devant l'enfant
 - ▣ Difficultés à prendre en compte la douleur de l'enfant
 - ▣ Décalage entre réactions adulte et enfant
 - ▣ Permission d'exprimer ses sentiments

Deuil / Trauma

62

- ESPT
- Deuil prolongé/réaction de perte
- Chevauchement clinique, deuil d'un parent toujours traumatique chez jeune enfant
- Autres troubles des affects peuvent être associés

Deuil chez l'enfant

63

- Développement idée de mort chez l'enfant
 - Long sommeil
 - Contagiosité
 - Toute puissance et pensée magique
 - Période œdipienne
 - Irréversibilité et universalité (vers 6 ans)
 - Dégradation du corps (vers 11 ans)

Points importants pour l'enfant

64

- ❑ Le parent est mort
- ❑ Il ne peut pas revenir – Il ne pourra plus jamais être auprès de lui comme avant
- ❑ Il ne sera pas oublié, on va continuer à l'aimer
- ❑ Le parent mort ne souffre plus
- ❑ L'enfant n'est en rien responsable de sa mort
- ❑ L'enfant n'est pas en danger de mort
- ❑ L'enfant est entouré de personnes qui l'aiment et qui vont continuer à s'occuper de lui
- ❑ Il peut continuer d'aimer son parent mort, à penser à lui, à en parler

Clinique (1)

65

- Certains enfants sont capables d'un refoulement, voire d'un déni. Fonctionnement opératoire et solitaire mais progressivement inhibition curiosité intellectuelle et créativité
- Le plus souvent, enfant envahi durablement par des pensées et des affects pénibles
 - ▣ La dépression parfois manifestée, « souvent vécue dans l'isolement farouche avec mise à distance agressive de ceux qui essaient de s'approcher, comme s'ils pouvaient voler ce trésor douloureux de la souffrance entretenue pour l'absent et à lui offerte » Leclercq 1998)

Clinique (2)

66

- ▣ Envahissement par l'angoisse, notamment quand dimension traumatique
- ▣ Culpabilité
- ▣ Registre de la honte
- ▣ Désorganisation liée aux bouleversements familiaux induits par le décès
 - ▣ Parentification
 - ▣ Remplacement

Deuil chez l'adolescent

67

- Période de multiples pertes, d'anxiété, de sentiment d'étrangeté, de fragilité narcissique, de remaniement des relations
- Fréquence du refus, du déni, de la colère et de l'agressivité
- Culpabilité
- Importance du groupe de pairs
- Danger hypermaturité

68

Interventions

Intervention en phase immédiate

69

- Evaluation clinique / tri
- Prise en charge psy d'urgences psychiatriques
- Defusing
- Information

Defusing

70

- Accueil et interlocution (F. Lebigot)
- Objectifs :
 - ▣ Limiter désorganisation / respecter défenses
 - ▣ Orienter urgences psychiatriques
 - ▣ Préparer les soins

Conséquences post-immédiates (1^{er} mois)

71

- Réactions aiguës de stress
- Stress traumatique aigu (<1 mois)

Intervention en phase post-immédiate

72

- **Debriefing individuel**
- **Debriefing collectif**
- **Groupe de parole**
- **Interventions psychothérapeutiques brèves**
- **Traitement pharmacologique**

Debriefing et IPPI

73

- Historiquement : debriefing (CISD)
- Critiques du debriefing (EBM)
- La pratique en France est différente : Intervention psychothérapique post-immédiate (IPPI)

IPPI collective

74

- 2 professionnels (un thérapeute principal + un cothérapeute)
- Cothérapeute : observe et relève des points, accompagne les « sortants »
- Niveau d'exposition homogène +++
- Niveau hiérarchique homogène +++
- Groupe constitué +++
- Le récit est polyphonique
- Les thérapeutes soulignent les phénomènes de groupe et les variations inter-individuelles et les utilisent comme leviers
- Objectif de ré-utiliser le groupe (sidéré, désorganisé) comme une ressource pour chacun

-
- L'IPPI se distingue donc du CISD par bien des points : premier temps psychothérapeutique, elle respecte les défenses du sujet et vise à réinstaurer, à travers le langage, un sentiment de cohérence interne, de continuité et un début de symbolisation de l'expérience, en utilisant le support du groupe lorsque cela est possible

IPPI individuelle

75

- ❑ Post-immédiat, volontaire, par des professionnels du soin psy formés à la technique, 2 temps
- ❑ Objectifs
 - ❑ Amorçage d'un processus thérapeutique.
 - ❑ Soulagement et prévenir la survenue de troubles ultérieurs, ou à en atténuer l'intensité.
- ❑ Déroulement T1
 - ❑ Explicitation du cadre. Confidentialité ++
 - ❑ Techniques habituelles d'entretien clinique,
 - ❑ Dans un premier temps : exploration vécu de l'événement.
 - ❑ Dans une deuxième phase, les symptômes, ou les changements intervenus depuis l'événement sont explorés.
 - ❑ Dans une troisième phase, l'avenir est évoqué à travers par exemple les changements attendus ou redoutés
 - ❑ Pour terminer, le thérapeute reprend les moments importants de la session, et organise la suite des soins. Éléments concrets peuvent alors être donnés
- ❑ Déroulement T2 : évaluation de l'effet du premier entretien, évolution des symptômes, orientation éventuelle vers des soins

De l'IPPI à la consultation thérapeutique

76

- Nombre de séances fixé au départ
- Expérience d'être compris et contenu
- Deuil de l'état antérieur
- Renouer les liens avec la personnalité et la vie d'avant – Se dire – Récit de soi
- Mobiliser les ressources personnelles (internes et externes) qui soutenaient le sujet avant l'événement
- Possibilité de demander une aide psychologique pour soi et non « pour le trauma »

Psychothérapie PTSD (1)

77

- Thérapies psychodynamiques
 - ▣ Accent mis sur les processus inconscients
 - ▣ Et sur les conflits générés par la situation traumatique

Psychothérapie PTSD (2)

78

- TFCBT = TCC centrées sur le trauma
- 4 principes
 - Psychoéducation
 - Gestion de l'anxiété
 - Exposition (in vivo ou de manière imaginaire)
 - Habituation (réduction de l'anxiété après exposition prolongée)
 - Traitement de l'information : réévaluation d'anciennes informations et inclusion de nouvelles info dans la mémoire traumatique)
 - Restructuration cognitive : identifier et modifier les pensées dysfonctionnelles

Psychothérapie PTSD (3)

79

- EMDR
 - ▣ Mouvements oculaires
 - ▣ Protocole standardisé
 - ▣ Dimension intégrative
 - ▣ Découverte par hasard, mécanisme d'action inconnu

Psychothérapie PTSD (4)

80

- Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults (Review). Bisson JJ, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C, *The Cochrane Library* 2013, Issue 12
- <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003388.pub4/abstract>

Objectifs d'une intervention de crise

81

- ❑ Fournir les premiers soins aux enfants et à leurs parents : expérience d'être écouté et contenu
- ❑ Orienter les enfants dont l'état le nécessite (parfois les parents) vers des soins structurés
- ❑ Accompagnement annonces de décès
- ❑ Evaluer le risque psychopathologique pour chaque famille et proposer des modalités adaptées (au minimum réévaluation téléphonique)
- ❑ Fournir une information minimale à tous sur un support qu'ils puissent conserver
- ❑ C'est la famille qui est endeuillée/traumatisée+++

Temporalité du dispositif

82

- Phase immédiate (24 premières heures)
 - ▣ Sortir de la sidération et de l'horreur
 - ▣ Annonces
- Phase post-immédiate (1^{er} mois)
 - ▣ Premier bilan
 - ▣ Interventions psychothérapeutiques brèves
 - ▣ Saturation / embolisation
- Plus long terme
 - ▣ Tableaux cliniques installés
 - ▣ Nouvelles entrées
 - ▣ Ré-entrées

Comment s'organise-t-on dans l'urgence ? (1)

83

- **Un responsable du dispositif** +++ qui ne prend pas en charge de patient, mais :
 - ▣ Est en renfort sur les **cas difficiles**
 - ▣ Assure les nombreuses **interfaces**
 - ▣ Décharge les cliniciens des questions annexes (matérielles, téléphone, etc)
 - ▣ Est garant de la **continuité** du dispositif, de l'**homogénéité** des prises en charge, de la **traçabilité** et saisie des infos...
 - ▣ Assure des **temps de reprises** fréquents (au moins 2 fois par jour avec son équipe)
 - ▣ **Vérifie que son équipe tient le coup**, et sort ceux qui ne peuvent pas (trop affectés, hypomanie, fuite en avant, propos déplacés...)

Comment s'organise-t-on dans l'urgence ? (2)

84

- Des **binômes d'intervenants**, qui se soucient de l'aspect clinique et pas organisationnel +++
- **DES CHOSES A EVITER**
 - ▣ L'appel aux bonnes volontés : dans un tel contexte, il faut être formé au psychisme de l'enfant, mais aussi aux situations extrêmes, au fonctionnement des secours (les meilleurs pédopsy ne sont pas toujours les meilleurs intervenants)
 - ▣ L'absence de définition précise du travail de chacun
 - ▣ Le travail chacun dans son coin sans coordonateur
 - ▣ L'absence de temps de reprise

Objectifs initiaux vis-à-vis des enfants

85

- ❑ Permettre/faciliter l'expression symbolique
- ❑ Ecouter, aussi en dehors de la présence des parents (donc nécessité de prévoir des temps avec et sans) : culpabilité, symptômes des parents
- ❑ Aider à clarifier les émotions ressenties, trouver des mots, des médiations, soutenir le récit
- ❑ Expliquer, selon niveau développemental, que ce que l'enfant ressent est partagé par beaucoup
- ❑ Soutenir les liens avec les vivants comme avec le parent décédé
- ❑ Evaluer symptomatologie et risque

Objectifs initiaux vis-à-vis des parents

86

- Aider parents à comprendre ce que l'enfant ressent
- Les aider à comprendre les propos et comportements perturbants, angoissants, agressifs de l'enfant
- Aider à développer tout ce qui favorise la **narrativité** et la **reflexivité**
- Aider les parents à comprendre leurs propres réactions (face au trauma, à la perte, aux propos et comportements de leur enfant) notamment selon qu'ils ont eux-mêmes été exposés. Evaluation symptômes et risques pour eux
- Encourager les parents à remettre en place des routines
- Les inviter à limiter exposition de l'enfant (TV, conversations d'adultes)

Concernant les situations de deuils

87

- Il s'agit de pertes traumatiques (pertes telles qu'elles représentent un trauma psychique) associées ou non à une exposition directe
- Dans les premiers jours on observe essentiellement des réactions de choc, de déni
- Question de l'annonce qui peut-être évitée/différée par le parent survivant

Comment évaluer une situation de trauma de l'enfant ?

88

En pratique, pour évaluer

- 1 – L'enfant vit-il actuellement dans un lieu sûr ? Toute menace est-elle écartée ?
- 2 – Age et niveau développemental au moment du trauma et au moment de l'évaluation ?
- 3 – Environnement affectif avant le trauma et depuis. Y a-t-il des adultes qui peuvent (a) lui porter une attention suffisante et (b) répondre à ses besoins (par exemple qui n'en soit pas eux-mêmes trop affectés par un deuil ou un trauma) ?
- 4 – Type d'événement traumatique. Blessures éventuelles de l'enfant ou de ses proches ?
- 5 – Caractères temporels du trauma : événement unique, répété, continu (violences domestiques par exemple) ?
- 6 – Proximité des événements avec l'enfant : a-t-il été témoin ou victime directe, des personnes affectivement investies ont-elles été victimes, ou ont-elles perpétré les violences ?
- 7 – Symptômes post-traumatiques ou autres apparus depuis chez l'enfant et sa famille, évolution de ces symptômes ?
- 8 – Facteurs de protection chez l'enfant et sa famille. Par exemple : capacité de l'enfant à jouer, à exprimer sa peur, capacité de la famille à l'écouter et à le rassurer ? (Zeanah 1994)

Evaluation en situation de deuil (Liebermann et al.)

89

- Fonctionnement affectif, social et cognitif avant et après la mort
- Ce que sait l'enfant de la mort et des détails
 - Vu ou entendu
 - Dit devant lui
- Identification rappels traumatiques de la mort du parent
 - Retrait/anticipation des rappels/régulation émotions
- Relation de l'enfant avec son parent décédé

Evaluation en situation de deuil (Liebermann et al.) (2)

90

- Réseau de relations et présence nouvelle figure d'attachement
- Continuité/désorganisation routines quotidiennes
- Croyances, représentations famille / mort et deuil
- Valeurs éducatives familles / projets pour enfant
- Réactions des proches
 - Deuil, trauma
- Forces et faiblesse famille

Prendre soin des intervenants

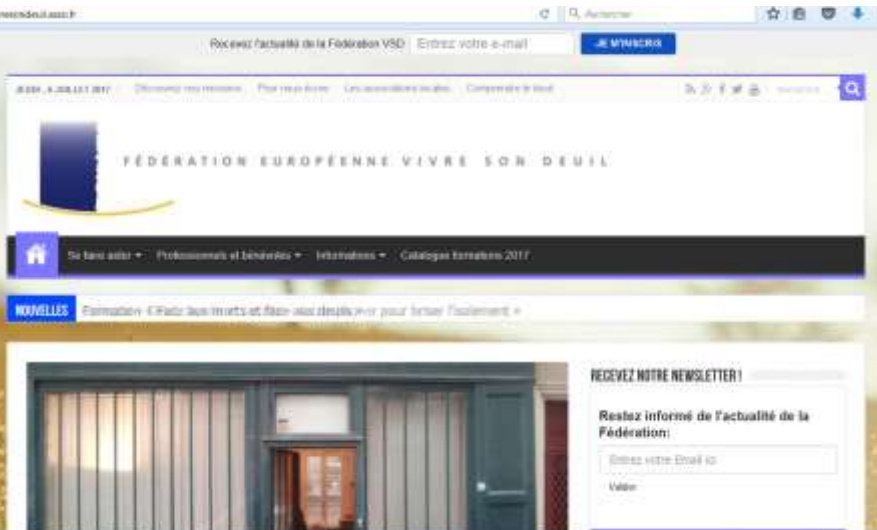
91

- Effets contre-transférentiels du trauma et du deuil
- Contexte de travail inhabituel (hors les murs, afflux)

- Nécessité d'un soutien continu de l'équipe
- Disponibilité d'un référent pour l'intervention
- Temps de reprise clinique réguliers

L'importance des soutiens associatifs

92



<http://vivresondeuil.asso.fr/>

<http://www.anjpv.org/>



Merci pour votre attention !

94

- ❑ Coates SW, ed. *September 11, trauma and human bonds*. Hillsdale : Analytic Press ; 2003.
- ❑ Lieberman AF, ed. *La mort d'un parent dans la petite enfance. Guide du traitement du deuil traumatique du bébé et du très jeune enfant*. Paris : Elsevier ; 2008.
- ❑ Osofsky J, ed. *Young children and trauma, intervention and treatment*. NY ; Guildford : 2004.
- ❑ Pandya A, ed. *Disaster psychiatry. Intervening when nightmares come true*. Hillsdale : Analytic Press ; 2004.
- ❑ Romano H. et al. *Accompagner le deuil en situation traumatique*. Paris : Dunod ; 2015.
- ❑ Rynearson EK, ed. *Violent death, resilience and intervention beyond the crisis*. NY : Routledge ; 2006.
- ❑ Scheeringa MS. *Treating PTSD in preschoolers, a clinical guide*. NY : Guildford ; 2016.

thierry.baubet@aphp.fr

@tbaubet