



Anne ALCALA Psychologue Clinicienne 2024

■ Les mécanismes de survenue

Stress

- employé dans le langage neurophysiologique au début du XXe siècle
 - désigne l'ensemble des réactions physiologiques et psychologiques de l'organisme humain ou animal face à une menace ou une situation imprévue.

to stress = presser

Traumatisme

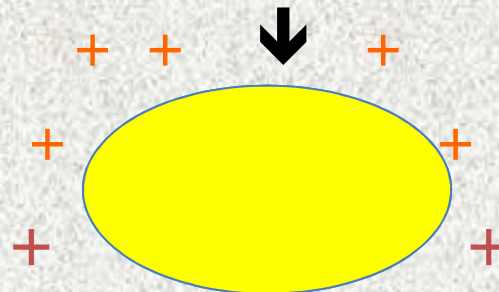
- apparu au XIXème siècle :
 - du grec *Trauma* = blessure,
- caractérise une blessure émotionnelle profonde, observée chez des personnes ayant échappé de peu à la mort.

Définitions ; stress & trauma

Stress

L'angoisse créée par l'agression renforce la charge positive du pare - excitation et donc sa défense contre les énergies extérieures.

Situation de souffrance mais rien ne pénètre.

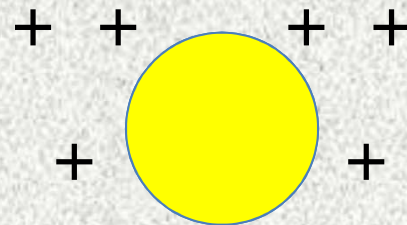


Symboliquement représenté ci-dessus

Définitions ; stress & trauma

Stress

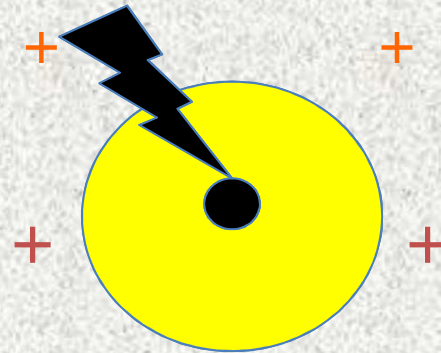
La menace disparue, l'appareil psychique va reprendre peu à peu sa forme initiale, le facteur stressant ne pèsera plus, la souffrance psychique s'estompera en quelques heures.



Le retour au calme reviendra dans les heures qui suivent, au pire 24h après..!

Trauma

Le schéma métaphorique du trauma = menace vitale qui survient en état de repos.



« Profitant d'une charge positive faible, l'image qui véhicule la menace vitale pénètre à l'intérieur de l'appareil psychique et s'y incruste. » (F.Lebigot, 2005)

L'élément de surprise est fondamental.

Le corps étranger hétérogène à l'appareil psychique va être la source d'une quantité d'énergie beaucoup plus forte que celle qui circulent entre les représentations.

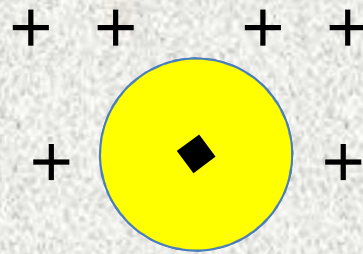
Trauma

Le **trauma** est une **effraction psychique** provoquée par le **vécu d'effroi**, de **terreur émotionnelle et existentielle** d'un danger **menaçant sa vie** ou la vie d'un autre proche, survenu de **façon soudaine et brutale**.

Une **image du réel de la mort** fait effraction dans le psychisme.

Cette rencontre avec le réel de la mort *altère les constituants de l'être* et provoque une désorganisation durable, parfois un effondrement du Soi.

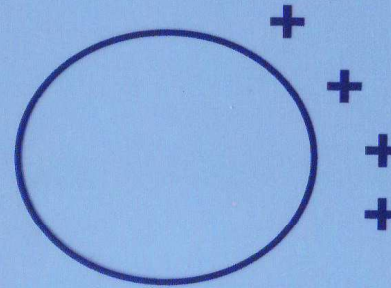
Trauma



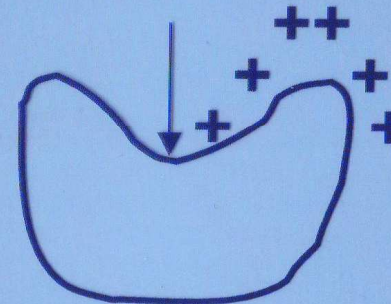
La présence permanente de l'image traumatique et les troubles psychiques causés par ce « corps étranger interne »(Freud, 1895) vont persister parfois tout au long de la vie et occasionner des perturbations dans le fonctionnement de l'appareil psychique.

il y aura un avant et un après l'évènement!

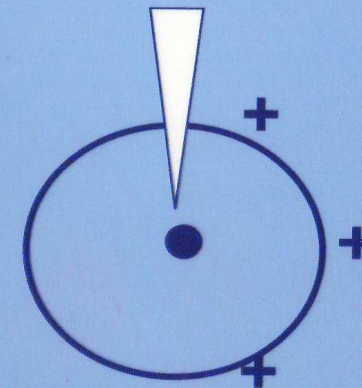
L'appareil psychique



Le stress



Le trauma



Trauma

- Un arrêt sur image; ce qu'on ne peut élaborer.
Le sujet est alors envahi par un sentiment de danger d'éclatement de son unité psychique.
- L'effraction traumatique a donc deux composantes :
 - une **composante *objective***, certaines situations sont fortement traumatogènes, dans une dimension quantitative
 - une **composante *subjective***, chaque personne réagit en fonction de sa personnalité, de son histoire et de son étayage personnel, dans une dimension qualitative (notion ou non d'effroi).

stress & trauma

Stress et **Trauma** peuvent être présents ensemble.

La présence du trauma peut augmenter les manifestations du stress.

Mais la **preuve d'un traumatisme** ne peut être apportée que par la survenue d'un **syndrome de répétition traumatique**.

Le stress n'est pas synonyme de Trauma !

Vous pouvez être sous stress en situation d'examen sans avoir vécu un traumatisme psychique ! *Sinon contactez-moi vite!*

Le stress post-traumatique
(troubles immédiats - phénomènes de répétition)

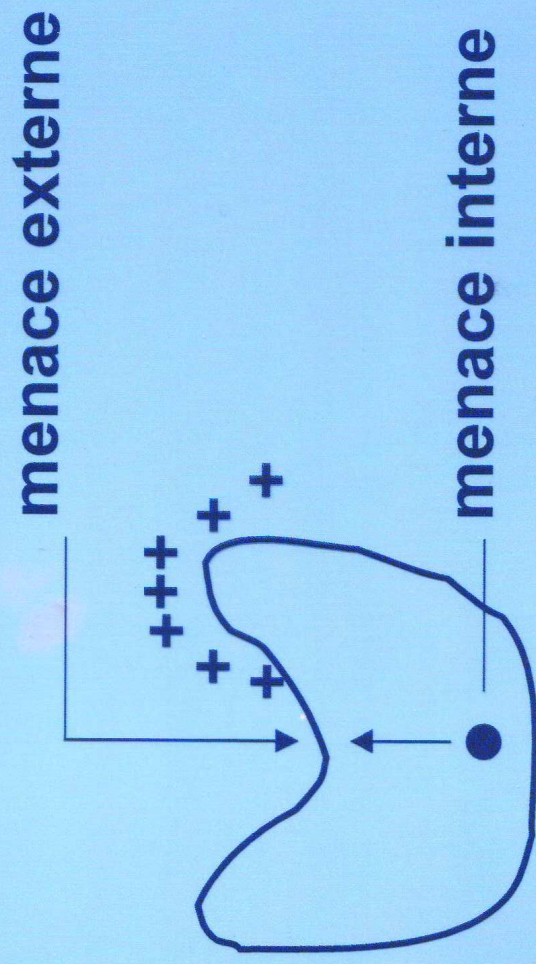


image traumatique

■ Les différentes réactions

◆ Stress adapté

Le stress = réaction physiologique, naturelle de l'individu soumis à une agression, une menace, une situation imprévue.

Réaction qui touche à la fois aux domaines ;
somatique, psychique et moteur

Trois objectifs directs :

- Il focalise l'attention,
- Il mobilise les capacités mentales,
- Il incite à l'action.

Eminemment réactionnel, le stress disparaît lorsque disparaît le stressueur !

■ Les différentes réactions

◆ Réaction aiguë à un facteur de stress (CIM 10) :

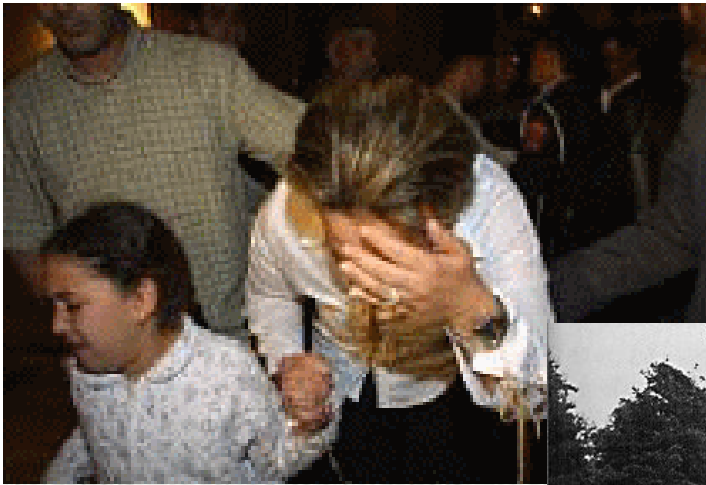
Stress dépassé :

- Initialement un **état «d'hébétude»** caractérisé par un rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, une impossibilité à intégrer des stimuli, et une désorientation.
- A cet état peut succéder un arrêt croissant par rapport à l'environnement
(pouvant aller jusqu'à une stupeur dissociative)
ou
une agitation avec hyperactivité (réaction de fuite ou fugue).

◆ Réaction aiguë à un facteur de stress

- Le trouble s'accompagne fréquemment de symptômes neuro-végétatifs d'anxiété panique (suite)
(tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur).
- **La symptomatologie est mixte et fluctuante ;**
à l'état «d'hébétude» initial peuvent succéder ;
des symptômes dépressifs ou anxieux,
une crise de colère,
un sentiment de désespoir,
une hyperactivité ou un repli sur soi.

La réaction disparaît rapidement dès que le sujet n'est plus soumis au facteur de stress.



Les différentes réactions

En commentaire des photos de la diapo précédente:

- **En haut à gauche** : réactions de panique une mère et sa fille après un évènement traumatique.
- **En haut à droite** : En Afghanistan, cet homme est incapable de quitter sa maison pourtant détruite par les bombardements, et où sa famille a disparu. On notera son état d'hébétude.
- **Au centre** : en Ex -Yougoslavie, enfant longe un charnier pour rentrer chez lui, il paraît stoïque mais du coin de l'œil il enregistre les images de morts qui l'entourent. On imagine bien les bruits et les odeurs qui vont se mêler aux souvenirs de ces images.
- **En bas à droite** : une femme, à Moscou, ayant échappé à un attentat. Remarquez son visage hagard et perdu, comme absent, qui caractérise l'effroi.
- **En bas à gauche** : ce jeune homme, rescapé de l'attentat ferroviaire de la gare d'Atocha à Madrid en 2004. Ce n'est qu'en voyant sa photo à la une des journaux madrilènes qu'il prendra conscience de la gravité de la situation. On parlera de trauma différé.

■ Les différentes réactions

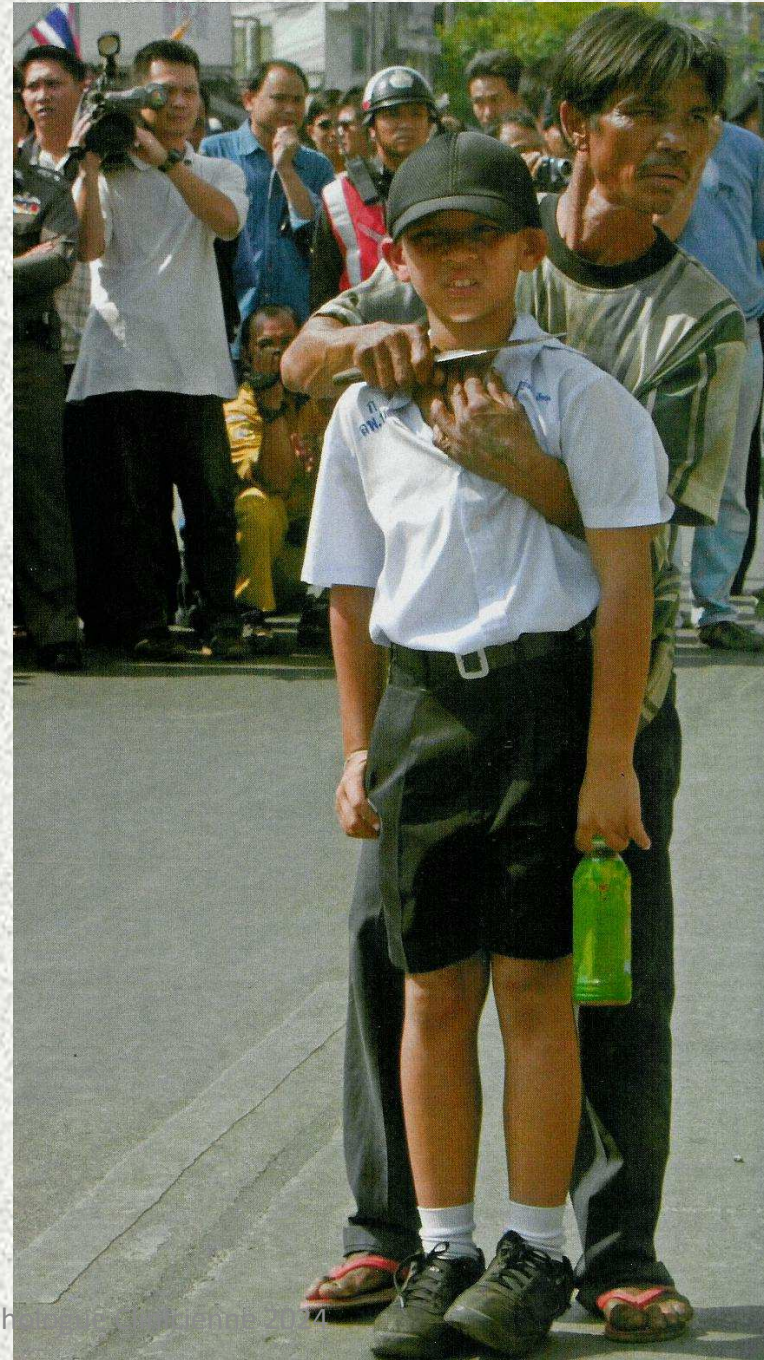
◆ L'effroi = état d'horreur qui traduit la rencontre avec le réel de la mort

Pas de stress, pas d'angoisse,
Seulement un « **blanc** », **un vide**, sans mot.

Le traumatisme psychique représente une véritable effraction à l'intérieur de l'appareil psychique.

L'image du réel de la mort ne trouve pas de représentations pour la porter, (F. Lebigot 1999) elle restera intacte au détail près, sera toujours au temps présent, comme un événement en train de se reproduire.

L'effroi



L'effroi

Le jeune garçon est pris en otage

- Remarquez sa position très inconfortable, comme statufié, il va rester des heures sous le soleil tropical, sans bouger.
- Sous l'injonction du preneur d'otage, il ne bougera pas, perdu dans un ailleurs, le regard fixe, lointain, comme sans affect.
- Inconsciemment, il se met en « pause », les besoins fondamentaux entre parenthèse, semblant ne rien ressentir.
- Dans l'après coup, après la libération, il peut y avoir des manifestations de stress et d'angoisses, mais **ce moment d'effroi restera sans mot**, il n'apparaîtra que dans les cauchemars, répétition qui signera le traumatisme.

L'impact du traumatisme psychique

Deux moments essentiels :

- ✓ **l'effroi** = rencontre avec le réel de la mort, l'état du sujet au moment du traumatisme un moment **sans affect ni représentation** vide complet de la pensée, **aucun ressenti, ni peur, ni angoisse**

le seul indice qu'il y a eu traumatisme

Mais, **premier moment** qui peut être suivi de réactions d'angoisse et de stress

- ✓ **Apparition d'un syndrome de répétition traumatique :**

l'effroi n'apparaît pas dans le récit de l'événement, mais clairement dans les cauchemars.

le déni est à l'origine de la phase de latence

L'impact du traumatisme psychique

Incrustation de l'image de mort va se faire dans 3 types de circonstances :

1 - La vie du sujet lui-même est menacée

il a la certitude qu'il va mourir

- Soldat mis en joue à bout portant, cambriolage, agressions sexuelles, viol...

2 - Le réel de la mort perçu à travers la mort de l'autre

circonstances où l'effet de surprise joue un rôle

- accident de la route, attentat, prise d'otages, braquage de banque...

3 - Quand le sujet est impliqué dans la mort de l'autre

le réel de la mort n'a pas été imaginativement anticipé

- prise d'otage, exécutions sommaires (guerre), drame intra-familial..

L'impact du traumatisme psychique

Le traumatisme psychique résulte toujours d'une perception, d'une sensation !

L'écran ou la parole peuvent montrer ou décrire la mort,
mais ils ne sont que des médiateurs et non le réel de la mort.

Le trauma par procuration n'existe pas !
ni le trauma transgénérationnel (Cf. enfants de réfugiés..)

Oublier que le trauma résulte d'une perception, c'est s'exposer à le voir partout (*les rêves d'angoisses sont pris alors pour des cauchemars de répétition*)

Tous les organes des sens peuvent être à l'origine d'un traumatisme :

- **La vue** : souvent, les scènes visuelles forment le contenu du syndrome de répétition (Cf. le jeune garçon sur la photo précédente).
- **L'ouïe** : déflagrations, mais aussi bruits d'armes, de clefs, froissement de tôles
- **L'olfaction** : odeurs de cadavre, de poudre, certains parfums (de peau, de transpiration, aftershave (agressions sexuelles..))
- **Le gout** : plus rare (gout de sang dans la bouche après agressions physiques, ..)
- **Le toucher** : froid du canon sur la tempe, des liens..
- **Les sensations proprioceptives** : positions de contraintes où le sujet s'est vu mort

Effets du Trauma sur l'appareil psychique

- La dissociation péri-traumatique
- La détresse péri-traumatique
- La rupture de la temporalité
- Les sentiments de honte et de culpabilité

Qui vont être développer en paragraphes par la suite..!

Dissociation péritraumatique

- **La dissociation de la conscience** (P. Janet) provoquée par le choc traumatique correspond à
 - un clivage de la personnalité,
 - l'image d'un coup porté qui fissure plus ou moins profondément le sentiment de soi, parfois le brise comme un cristal qui se casse en morceaux.
- **L'éprouvé d'étrangeté** s'accompagne d'un sentiment d'insécurité, d'une impression de dé-réalité, parfois d'un changement de personnalité.

Dissociation péritraumatique (suite)

- **Le sentiment d'être différent** : le savoir particulier sur la mort acquis par le sujet autour du vécu de l'expérience traumatique le fait se sentir différent.
- **Le sentiment d'abandon** : le sujet se sent abandonné par la communauté humaine consécutivement à l'absence de signifiants.
- La dissociation pourrait être une **tentative de survie psychique** d'échapper à l'horreur du traumatisme

Détresse péritraumatique

- Les notions qui reviennent souvent sont :
 - La menace pour sa propre vie ou celle d'autrui
 - Un vécu d'effroi
 - Le sentiment d'impuissance et d'horreur
 - Le sentiment de non contrôle
 - Une absence complète d'affect pendant quelques instants
 - La suspension de la pensée avec un sentiment puissant de vide, «blanc», «noir», «enfer».
 - Une désertion des mots, face à un réel dont il n'est pas possible de rendre compte
 - Le défilement de leur vie
 - Une perte de sens

Rupture de la temporalité

- La question de notre *inscription dans la temporalité* et celle de *la mort* sont intimement liées.
Nous percevons habituellement le fil de notre propre durée.

Le vécu traumatique = mort entr'aperçue de soi ou mort aperçue de l'autre, provoque une **rupture avec la conscience que nous avons de notre durée** :
il divise en un **avant** et un **après**.

- On assiste à une *fracture dans l'histoire du sujet* :
la continuité du temps qui faisait liaison entre passé, présent et futur est arrêtée.
Le temps est suspendu!

Sentiments de honte et de culpabilité

- **Le sentiment de honte**

- être senti soudainement réduit à l'état d'« objet », le langage s'est absenté
- S'être senti souillé, sali par le fait de l'autre

Déclenchent un sentiment d'humiliation et de honte.

Le sujet se vit exclu du genre humain, marqué par une tache indélébile et avilissante.

Il est alors sans soutien, hors de la communauté des vivants et de son groupe d'appartenance.

La honte a aussi une **fonction protectrice** face à la désorganisation mentale, en restaurant l'identité fragilisée par la confusion.

Sentiments de honte et de culpabilité

- **Le sentiment de culpabilité**

- Celui du survivant

Le fait de ne pas avoir sauvé ou secouru l'autre

- Plus profondément, le fait d'être retourné en arrière au néant de nos origines qui constitue une transgression, avoir vu ce qu'on ne devait pas voir

Il s'agit de passer **de la néantisation à la perte**

La souffrance inhérente à la culpabilité peut prendre la forme d'un châtiment rédempteur et devient reconstructrice.

Cette culpabilité va être le moteur de la psychothérapie.

Le devenir du trauma

- **Le syndrome psycho-traumatique**

- Le trauma évolue soit sous formes de perturbations transitoires, soit sous forme chronique que l'on appelle **syndrome psycho-traumatique**

- Sa structure se caractérise par:

- Le temps de l'effraction
- Le temps de latence de quelques heures à quelques mois
- Le surgissement de troubles post-traumatiques
 - Les symptômes de répétition
 - La présence d'évitements ou de fixation
 - Les symptômes neuro-végétatifs
 - L'altération de la personnalité

NÉVROSE TRAUMATIQUE/

syndrome psycho traumatique

- **La névrose traumatique a une étiopathogénie extrapsychique** (la cause est extérieure à la victime) par opposition aux autres névroses.
- **Différentes des névroses actuelles** (N d'angoisse, neurasthénie, hypocondrie..) dont l'origine intrapsychique, dans le présent est à rechercher comme expression de l'insatisfaction d'une pulsion.
- **Très différentes des psychonévroses** dont l'origine ancienne est à retrouver dans l'expression symbolique des conflits infantiles (Hystérie d'angoisse, hystérie de conversion, névrose obsessionnelle, névrose narcissique)



Le Trauma chez l'enfant

Trauma chez l'enfant

1^{ère} description des conséquences psychiques chez l'enfant de situations traumatiques par A Freud et D Burlingham pendant la guerre (1942).

Prise de conscience récente de possibles troubles invalidants, durables, pouvant compromettre le devenir adulte

1^{ère} études systématiques dans les années 70-80 après des catastrophes naturelles et accidentelles

■ Trauma chez l'enfant

Troubles psychotraumatiques : ensemble des manifestations psychopathologiques observables après un évènement potentiellement traumatique.

Le plus saillant: ESPT (DSM IV, V et CIM 10) ou SSPT

Un évènement **traumatique** est une **expérience singulière**

L'impact traumatique n'est pas proportionnel à la **gravité matérielle** ou **pénale** de l'évènement mais à **l'intensité de la résonance** qu'il a dans l'histoire de chacun.

■ Trauma chez l'enfant

Description détaillée des signes par **Terr** en 1991

Afin de mieux comprendre les mécanismes de défense et les troubles post-traumatiques susceptibles de s'exprimer chez l'enfant et son entourage

Différencie deux types de trauma:

- **Type 1** : évènement unique, soudain et massif.
- **Type 2** : évènements répétés ou durables, anticipables.

nécessite de penser l'interaction, de prendre en compte les effets d'influence, de l'emprise, d'identification à l'agresseur et d'intégrer la nature des liens intersubjectifs entre l'enfant et son agresseur.

■ Trauma chez l'enfant

1) les 3 signes du DSM V :

Retour de l'expérience traumatique compulsif sous forme de reviviscences mnésiques, de sensations, d'émotions, de réactions comportementales...

- **Jeu post traumatique** (répétitif, compulsif, représente une partie de l'évènement, inefficace pour atténuer angoisse, pas de plaisir).
- **Reconstitution par le jeu** (moins répétitif).
- *Souvenirs récurrents.*
- **Cauchemars** de thèmes non spécifiques plus que rêves récurrents.
- Épisodes avec traits objectifs de **flash back**.
- **Détresse** lors d'exposition à des indices.

■ Trauma chez l'enfant

2) Syndrome d'évitement:

Développement de stratégies plus ou moins conscientes pour lutter contre la répétition.

- ✧ Restriction du jeu
- ✧ Retrait social.
- ✧ Restriction des affects.
- ✧ Emoussement de la vie émotionnelle
- ✧ Perte de compétences développementales acquises.

■ Trauma chez l'enfant

3) Hyperactivité neurovégétative :

sens d'une réaction adaptative venue trop tard ou d'une préparation à un autre évènement.

- Troubles du sommeil (terreurs nocturnes, éveils nocturnes autres.)
- Peur du noir.
- Diminution de la concentration.
- Hyper vigilance.
- Réaction de *sursaut exagérée*

■ Trauma chez l'enfant

Limites de la description du DSM IV pour l'enfant :

- Fréquence des manifestations psychosomatiques.
- Répercussions sur le développement affectif et cognitif.
- Structure de l'environnement familial et social
- Type de relation avec leur parents et personnalité de ceux-ci
- Présence/absence des parents lors de l'événement traumatique
- Antécédents psychopathologiques ou pas

Propositions de **critères alternatifs** par Sheeringa (1995) pour les enfants de moins de 4 ans.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, la souffrance psychique s'exprime souvent par la plainte somatique!

■ Trauma chez l'enfant

Syndrome psycho traumatique chez l'enfant :

- Autres troubles anxieux (idées obsédantes, manifestations phobiques, anxiété de séparation...)
- Troubles dépressifs (repli sur soi, repli de personnalité)
- Troubles du comportement avec instabilité psychomotrice.
- Troubles somatiques (céphalées, troubles gastriques,).
- Comportements régressifs (énurésie, troubles du sommeil).

Trauma chez l'enfant/ troubles associés

Nature de l'expérience traumatique:

sexuelle/ mortifère
violence interhumaine intentionnelle/
catastrophe naturelle.

❖ Niveau de développement de l'enfant:

Avant 3 ans:

existence d'une mémoire comportementale (induisant des comportements répétitifs, des remises en acte) en absence de toute mémoire verbale.

- troubles du développement psycho moteur :états d'apathie ou d'agitation, pleurs, cris incessants, troubles du sommeil, de l'alimentation, angoisse de séparation..

Trauma chez l'enfant/ troubles associés

3 à 6 ans:

comportements et dessins répétitifs,

comportements régressifs (encoprésie, énurésie)

troubles sommeil (cauchemars, réveils nocturnes)

phobies (Peur de certain animaux, peur du noir, de certains objets..)

angoisse de séparation (hostilité avec d'autres personnes que les parents..par Ex)

manifestations somatiques (maux de ventre, vomissements..)

retard de développement...

Trauma chez l'enfant / troubles associés

6 à 12 ans:

symptômes anxieux, dépressifs,
d'inhibition,
difficultés de concentration,
changements d'intérêts...(par rapport aux pairs..)

adolescence:

troubles des conduites, auto ou hétéro agressivité,
abus de substances...

❖ **Contexte culturel et social:**

invariants plus sur processus (effroi, changement dans l'appréhension du monde, métamorphose du sujet) que sur les symptômes.

Facteurs de vulnérabilité et de protection

✓ Facteurs liés à l'évènement :

Degré d'exposition à l'agent stressant.

État émotionnel lors de l'exposition.

Dissociation psychique péri traumatique.

Violence d'origine humaine (surtout si figure protectrice)

✓ Facteurs liés à l'enfant :

Composante infantile interne:

sexe, âge, QI,

capacités d'adaptation, ATCD troubles mentaux,

histoire personnelle, trauma antérieur,

niveau de développement psycho affectif

Facteurs de vulnérabilité et de protection

Age et DPA ont plus un rôle sur le type d'expression symptomatique que sur la prévalence ou la sévérité des troubles .

Composante infantile externe:

niveau d'éveil et de fatigue,
blessure physique,
qualité des info données...

✓ **Facteurs familiaux :**

Facteur principal pour certains auteurs.
Réaction parentale, disponibilité des parents,
Antécédents des parents,
Qualité de la communication intrafamiliale.

***Bailly L. Syndromes psycho traumatiques chez l'enfant. 2001**

Conclusion / Trauma chez l'enfant

Les troubles psycho traumatiques chez l'enfant :

Tableau clinique spécifique

Importance des manifestations psychosomatiques

Contamination de l'espace psychique intersubjectif

Intérêt d'un suivi pédopsychiatrique prenant compte de l'enfant et sa famille

L'intervention immédiate permet d'évaluer et de repérer les facteurs de risques et de protection afin de proposer une prise en charge la plus adaptée à l'enfant.

Processus d'intervention en 3 temps

1- Période d'accueil de l'enfant et des accompagnants:

- Offrir un cadre matériel le plus sécurisé et le plus calme possible

2- Un temps exclusivement pour l'enfant

s'il reste en présence de l'adulte l'enfant s'autocensure, ne s'exprime pas librement, il ne parviendra pas à se dégager de l'effroi traumatique

La prise en charge individuelle permet la libération émotionnelle et le décryptage des ressentis

3- Un temps commun à l'enfant et aux proches

Permet de reprendre ce que l'enfant nous a autorisé à transmettre, donner des éléments pour les aider à comprendre les manifestations de la souffrance des enfants.

En Conclusion

Ce dispositif participe au processus de résilience qui permet à l'enfant de se dégager de l'impact traumatique de l'événement.

L'événement traumatique est un temps de rupture, hors temps!

La prise en charge immédiate permet de limiter ce temps de rupture en réinscrivant l'événement traumatique dans une temporalité contenant.

Il s'agit de leur offrir des espaces transitionnels où toute l'horreur vécue pourra être décryptée, élaborée, supportée, sans crainte d'effondrement

Notion de victimologie



Notion de victimologie

- **Définition de la Victime**

Du latin *victim*, même famille que *vincere* = vaincre

En 1989, M. SERRES trouve une étymologie commune avec *vicaire* ou *vicariant*, comporte le sens de **remplaçant, substitut** qui introduit **la notion de bouc émissaire**.

4 notions de victimes :

- Être vivant offert en sacrifice aux dieux
- Terme de théologie, expression différentes selon les religions
- Victimes d'infractions pénales ; qui souffrent des agissements d'autrui,
- Personnes tuées ou blessées, caractère fortuit ou accidentel

Notion de victimologie

- **Concept de victime**

Il permet d'appréhender le champ de la victimologie

Le fondateur de la première victimologie :

Hans Von Hentig en **1947**, criminologue nord américain d'origine allemande.

Il étudie l'impact du comportement conscient et inconscient de la victime sur celui de l'agresseur.

La victimologie française est née dans le cadre de la Société Internationale de Prophylaxie Criminelle(SIPC) fondée et dirigée par **V.V. Stanciu**.

Victimologie clinique

- 3 noms se détachent, fondateurs de l'école française :

- ✓ **Louis CROCQ**

Né en 1928, médecin Général psychiatre des Armées, mais aussi licencié en sciences humaines, docteur en psychologie, licencié en sociologie et philosophie.

Après de nombreuses affectations, en Algérie, il est successivement dans les **services de psychiatrie des hôpitaux** de Bordeaux, puis Paris Val-de-Grâce.

Carrière d'enseignant en parallèle, en psychologie pathologique.

À partir de 1987, à l'hôpital Saint-Antoine, il crée une consultation spécialisée pour les victimes de traumatismes psychiques

En 1995, X Emmanuelli (action Humanitaire) le charge de concevoir et mettre en place le dispositif national des CUMP, intégré au SAMU

Victimologie clinique

✓ René NOTO

Né en 1934, à Tunis, **médecin Général et Professeur à Paris VI**, et **chargé de cours** dans plusieurs universités en France et à l'étranger.

Vice Président de la société Française de Médecine de catastrophe et du **Centre National de sciences criminelles de Paris**, Président de l'association nationale des instructeurs et moniteurs de secouristes.

De 1975 à 1981, urgences collectives et coordination des moyens en situation d'exception : **création du Plan Rouge**, concept de régulation médicale..

De 1981 à 1988, il développe la recherche dans le domaine des **urgences collectives** et de la **médecine de catastrophe**.

Il restera très attaché à **une prise en charge globale de la victime**, insistant sur l'importance du travail d'équipe dans l'urgence, alliant, tolérance, rigueur et compétences .

Victimologie clinique

✓ Louis SERRE (1925 – 1998)

Études médicales à Montpellier, anesthésiste en 1953, agrégé en 1964.

Il pose les bases de la médecine pré-hospitalière.

L'idée étant de créer une chaîne de secours permettant aux blessés de bénéficier **d'une médicalisation d'urgence** sur le lieu de l'accident, permettant un transport dans de meilleures conditions.

Premier SAMU en 1965 à Montpellier

Médecin chef des sapeurs pompiers de département de l'Hérault, il a une grande connaissance du terrain.

Il est à l'origine des SAMU et toute la logistique pré-hospitalière en France ; régulation médicale, premiers secours..

Prise en charge des victimes

- CUMP = prise en charge des victimes psychiques, créée en Août 1995 par le Général L.CROCQ à la suite de l'attentat du RER Saint Michel le 25 juillet à Paris.
- L'année suivante plusieurs cellules fonctionnent en province.
- La ville de Paris est dotée d'une CUMP permanente.
- X. EMMANUELLI pose les bases de cette prise en charge à travers une circulaire du 28 mai 1997.
- Déclenchement par le préfet, le médecin régulateur du SAMU et le médecin Psychiatre Référent.
- Essentiel d'avoir une vision globale de la gravité de la situation pour organiser l'évacuation des blessés. Notion de triage des victimes importantes. Différentes zones sont à déterminer;

Prise en charge des victimes

✓ Soins immédiats :

- Prise en charge collective et/ou individuelle des blessés psychiques à proximité du lieu de l'évènement ;
- **defusing** qui permet l'évacuation du stress et la mise en mots des émotions, des perceptions à travers la reconstitution du récit de l'évènement.
- Évacuation sur les hôpitaux si blessés physiques aussi sinon orientation vers psychiatres ou psychologues de ville ou CMP.
- Si blessés psychiques aux urgences, revus en post urgence par les équipes de psychiatrie de liaison.

Prise en charge des victimes

✓ Soins Post immédiats :

- De 48H à quelques jours organisation de l'IPPI, debriefing, groupe constitué, volontaire, confidentialité préservée.
- **Le but** ; l'amorce d'un processus thérapeutique, à travers les faits et le ressenti.
- **Écoute active mais pas directive**, sans jugement, ni psychothérapie.
- Facilite une couture résiliente, par rapport à un avant et un après de l'évènement.
- Préconisation d'orientation vers unité d'urgence ou CMP ou psychiatres et/ou psychologues formés à ces techniques d'écoute.

Prise en charge des victimes

✓ Soins Post immédiats :

- Sur le plan social:

Le travail en réseau avec différentes associations qui ont pour missions spécifiques l'aide aux victimes, est primordial.

ADIAV : Association d'aide aux victimes d'infractions.

Souvent en lien avec le commissariat et les services d'urgences et les lieux de consultation spécialisés.

CIVI : 1983, Commission d'Indemnisation de Victimes d'Infraction.

Thérapies individuelles

- **Thérapies cognitivo comportementale**

Modèle qui rend compte de l'étiologie du trouble que de ses symptômes acquis par **conditionnement classique** (principe associationniste) et par **conditionnement opérant** (apprentissage de l'évitement des réflexes conditionnés).

Lorsque l'**évitement du stimulus conditionné est acquis** la réponse d'évitement est **renforcée** par une réduction de la réponse conditionnée.

Sur le plan cognitif, la relaxation nécessite un concentration et un détachement des préoccupations habituelles.

La relaxation est employée avec d'autres techniques

Thérapies individuelles

✓ Hypnose :

Thérapie de soutien pour le contrôle de l'anxiété ;

utilise la relaxation, le patient accroit un sentiment de sécurité, d'estime de lui et de contrôle sur ses symptômes dissociatifs.

Pour la remémoration du traumatisme, retrouver une parti de l'événement refoulé en toute sécurité.

Comme technique pour introduire l'abréaction, permet au patient de revivre le trauma et les affects liés, tout en les maîtrisant.

Comme technique intégrative pour la cicatrisation de l'aspect dissociatif.

Thérapies individuelles

✓ EMDR :

Désensibilisation et Reprogrammation par Mouvement des Yeux est un type d'intervention à visée psychothérapeutique mise au point par Francine Shapiro après 1987.

Méthode qui permettrait au souvenir traumatique d'être réinséré dans le processus de synthèse de la mémoire épisodique avec le statut de souvenir *révolu*.

La croyance dans l'efficacité des mouvements oculaires ou des stimulations sensorielles bilatérales alternées repose sur un modèle neurologique où l'activation alternée des hémisphères cérébraux faciliterait un travail de reconnexion de modules de traitement de l'information.

Thérapies individuelles

✓ les thérapies psychanalytiques / plusieurs voies :

facilité l'expression règle de la libre association

le travail sur les rêves; démarche interprétative et prédictive de l'évolution de la thérapie. (F. Lebigot)

Difficultés du travail psychanalytique dans le Trauma :

- Le vécu traumatique gêne la mise en mots

- Le silence de l'écoute favorise la résurgence des vécus de sidération

- Le Trauma peut envahir la pensée en bloquant les processus psychiques

+ le travail psychanalytique rattache l'évènement à l'histoire du sujet, restitué à sa pensée et à sa dimension symbolique.

Conclusion

Nul ne peut sortir indemne ayant vécu un événement traumatique, mais nous ne sommes pas égaux face au Trauma.

Le Trauma c'est la rencontre avec le réel de la mort.

Il s'identifie par le syndrome de répétition traumatique.

Un traumatisme psychique ne disparaît pas. Une prise en charge pluri thérapeutique prend tout son sens ainsi qu'une approche pluridisciplinaire.

Plan / Traumatismes psychiques

I – les mécanismes de survenue

Définitions : Stress & Trauma

leurs mécanismes = diapo 2 à 11

II – les différentes réactions

Stress adapté (12)

Stress dépassé ; réactions aiguë à un facteur de stress (13-14-15)

Le Trauma = clinique de l'effroi (16-17)

l'impact du traumatisme psychique (18-21)

Effets du Trauma sur l'appareil psychique (22 – 30)

III – Trauma chez l'enfant

(31 – 42)

Plan / Traumatismes psychiques

I V – Victimologie

définition de la victime (44)

définition victimologie (45)

concept de victimologie (46)

3 précurseurs : Louis CROCQ (47)

René NOTO (48) - Louis SERRE (49)

V – Prises en charge des victimes (50)

Soins immédiats (51)

Soins post immédiats (52-53)

Thérapies individuelles :

Cognitico-comportementales (54) Hypnose (55) EMDR (56)

Psycho dynamique (57)

VI – Conclusion

(58 – Plan : 59 - 60)

Bibliographie

- Bailly L., Golse B., Soulé M., Conséquences pour les enfants des crises familiales et des événements traumatiques, *IN, Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 1995 (2^{ème} ed.)
- Lebigot F., De Clercq , *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson, 2001.
- Crocq L., and co, *Traumatismes psychiques, prise en charge psychologique des victimes*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 2007.
- *Le traumatisme psychique, Chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent.*
Préface de L. Crocq, chez DEBROECK.