

**Jean-Pierre VOUCHE, Directeur Clinique, Département assistance psychologique d'urgence  
de la Ligue Française pour la Santé Mentale (Association reconnue d'utilité publique)  
International Psychological Assistance of the World Federation for Mental Health.**

**Formation  
Cellule d'écoute en situation de crise**

**Jean-Pierre VOUCHE** psychothérapeute, intervenant post-traumatique, formateur, enseignant  
16 rue Choron 75009 PARIS - FRANCE tél : 00.33.1.45.26.21.77 et 00.33.6.18.44.37.07  
ATTENTION ! NOUVELLES COORDONNÉS TÉLÉPHONIQUES +366 48 28 69 09

## **Plan de la Formation**

### **Le traumatisme chez les victimes d'accidents ou d'événements graves**

- Les événements graves
- Les personnes victimes
- Le traumatisme physique
- Le traumatisme psychologique

### **Le devenir du traumatisme**

- Le syndrome de stress post-traumatique
- La résilience

### **Les techniques d'accompagnement psychologiques**

- Le Défusing
- Le Débriefing

### **La mise en place de cellules de crise en milieu scolaire**

## **Le traumatisme chez les victimes d'accidents ou d'événements graves**

- Les événements graves
- Les personnes victimes
- Les comportements types après un événement grave
- Le traumatisme physique
- Le traumatisme psychologique
- Trois facteurs aggravant l'état de stress

- **Les événements graves**

Il peut s'agir

de sinistres, de catastrophes naturelles :

- **tremblements de terre**
- inondations, des établissements scolaires sinistrés
- décès d'élèves, de collégiens lors de catastrophe avec répercussions au niveau de l'environnement scolaire

d'accidents :

- Suicide d'élève
- Décès accidentel en situation scolaire

mais aussi d'agressions :

- Agression physique dans l'enceinte scolaire
- De prise d'otages dans l'enceinte scolaire
- Agression sexuelle dans le milieu scolaire
- Enfants abusés sexuellement par un enseignant.

## • **Le traumatisme physique et le traumatisme psychologique**

Les élèves et enseignants (ainsi que tout le personnel scolaire) peuvent subir des chocs et endurer des réactions émotionnelles intenses, en relation avec le lieu scolaire.

Certaines situations ou événements hors du commun propres au lieu et aux personnes fréquentant l'institution peuvent causer un **traumatisme psychique** exposant l'élève et le professionnel à une souffrance particulièrement importante, à un vécu chargé d'émotions (la peur de mourir, d'être sérieusement blessé, un sentiment d'horreur ou d'impuissance).

Chacun dans l'établissement peut être un jour ou l'autre fragilisé ou atteint et se retrouver avec **une moindre résistance physique et psychique aux stress.**

Il en résulte de ces bouleversements un état de stress aigu, c'est-à-dire si intense qu'il va entraîner une **série de manifestations** surprenantes, connues et répertoriées. Le délai d'apparition de ces réactions et leur intensité varient selon le caractère de la personne et la vulnérabilité du moment.

Bien que différentes pour chacun, ces réactions sont normales, parfois imperceptibles, et durent en général quelques semaines, diminuant progressivement dans les trois mois.

Concrètement cet état de stress aigu peut se traduire par **des troubles physiques, émotionnels et/ou du comportement** dont les signes typiques sont :

### ➤ **Des réactions traumatiques physiques**

(fatigue, douleurs musculaires, maux de dos / de tête, maux de ventre, tremblements, sueurs froides, frissons, nausées, vomissements, vertiges, accélération du pouls/ augmentation de la tension, insomnies, symptômes de paralysie).

### ➤ **Des perturbations neurovégétatives**

(traduisant une hyperactivité neurovégétative, difficultés d'endormissement ou de maintien du sommeil, irritabilité ou accès de colère, difficultés de concentration, hypervigilance en étant constamment aux aguets, réactions de sursaut exagérée au moindre bruit).

### ➤ **Des réactions dissociatives**

(froideur émotionnelle, détachement, rêve éveillé, confusion, impression d'être abasourdi, amnésie de certains aspects de l'événement).

### ➤ **Des souvenirs intrusifs**

(pensée envahissante, image récurrente, cauchemar, flash-back).

### ➤ **Des conduites d'évitement**

(par rapport à des situations pouvant rappeler l'événement traumatique (pensée, action, discussion, lieu).

### ➤ **Un vécu d'impuissance ou de perte**

(accompagné parfois de sentiments de tristesse, de culpabilité, de dévalorisation, d'anxiété, de détresse).

### ➤ **Une gêne psychosociale**

(tant sur le plan familial, que scolaire avec des risques de souffrance ou de dégradation importante de la qualité des relations).

## • Le trauma de l'enfant et de l'adolescent

La connaissance des syndromes psychotraumatiques chez l'enfant et l'adolescent a beaucoup progressé ces dernières années, en particulier sur le plan clinique.\*

\* - VILA G, PORCHE LM, MOUREN-SIMEONI MC. "L'enfant victime d'agression". Paris : Masson, 1998.

**Les états de stress post-traumatique (ESPT)** existent chez l'enfant, voire le très jeune enfant et sont nettement plus fréquents qu'on ne le croyait.

- Une étude épidémiologique en population générale a montré que 2/5 des adolescents âgés de 18 ans ont subi un traumatisme tel que défini par le DSM-III-R et que plus de 6% ont un diagnostic sur toute la vie d'ESPT.
- Les formes sub-syndromiques d'ESPT ne remplissant pas tous les critères requis par le DSM sont encore plus fréquentes et ne doivent pas être sous-estimées. Les formes différées d'ESPT sont précédées bien souvent par ces formes sub-syndromiques.
- Dans une étude longitudinale menée sur 26 enfants d'une classe prise en otage en région parisienne (VILA G, PORCHE LM, MOUREN-SIMEONI MC. "An 18-month longitudinal study of post-traumatic disorders in children who were taken hostages in their school". Psychosomatic Medicine 1999; 61 : 746-754.) les évaluations standardisées ont retrouvé quatre ESPT complets DSM-IV contre neuf ESPT incomplets à deux mois de l'événement. Or sur 18 mois sept ESPT complets (35%), dont deux différés ont été observés. Seuls huit enfants étaient restés exempts de troubles et 69% avaient présenté des troubles post-traumatiques à un moment ou à un autre de l'évolution.

Il se dégage un consensus sur le fait que la quasi totalité des enfants exposés vont présenter des **réactions immédiates de stress** dont une proportion importante va évoluer vers un ESPT aigu (par définition d'une durée de moins de trois mois). La majorité des troubles apparaissent dans les trois mois suivant l'événement. Une minorité passe à la chronicité. Dans les cas de trauma répétés (enfants de 8 à 12 ans réfugiés du Cambodge sous le régime de Pol Pot et des Khmers rouges) on observe une persistance de l'ESPT de l'enfance à l'adolescence et à l'âge adulte jusqu'à 29 ans.

### Les troubles associés à l'ESPT ou suivant isolément le trauma :

- ◆ Autres troubles anxieux (phobies, anxiété généralisée,...)
- ◆ Trouble d'anxiété de séparation en référence à la théorie de l'attachement "insécure" de Bowlby avec le refus scolaire qui le complique souvent
- ◆ Etats dépressifs majeurs
- ◆ Troubles somatoformes
- ◆ Troubles dissociatifs et addictions pour les plus âgés (alcool, drogue, tranquillisants, nourriture-boulimie, comportements indésirables,...)
- ◆ Troubles agoraphobiques se déclarant plus tard chez l'adulte.

**Jean-Pierre VOUCHE, Directeur Clinique, Département assistance psychologique d'urgence  
de la Ligue Française pour la Santé Mentale (Association reconnue d'utilité publique)  
International Psychological Assistance of the World Federation for Mental Health.**

Chez l'enfant l'apparition de phénomènes régressifs est envisageable, une énurésie, un parler "bébé" ou une succion du pouce après un psychotraumatisme.

Le **syndrome de répétition** ou encore **de remémoration** ou **de reviviscence** est l'élément central. Les enfants présentent des jeux répétitifs, jeux et dessins compulsifs, des remises en actes, d'où la dimension de plaisir est absente ainsi que la conscience de rejouer, c'est le plus souvent un tiers qui rapporte ces comportements inhabituels.

**Les souvenirs du traumatisme** répétitifs et intrusifs, peuvent être visualisés sous la forme d'hallucinations ou plutôt d'illusions et de flash-back saisissants.

**Des reviviscences proprioceptives, tactiles ou olfactives** sont parfois rapportées, de tels souvenirs fortement sensorialisés sont déclenchés par des stimuli actuels rappelant le traumatisme, mais surviennent aussi spontanément quand l'attention des enfants se relâche : lorsqu'ils s'ennuient en classe ou devant la télévision, au repos ou au moment de l'endormissement.

Avant l'âge de 5 ans **les cauchemars** à thèmes non spécifiques, sans contenu reconnaissable ou les **terreurs nocturnes** sont plus fréquents que les rêves récurrents de reviviscence traumatique considérés comme le cœur sémiologique de la névrose traumatique de l'adulte.

**L'émoussement de la réactivité générale** avec anesthésie affective, la réduction des intérêts et sentiment de détachement sont rares chez l'enfant pour des traumatismes légers et ce d'autant qu'il est plus jeune.

Ces enfants ont la conviction que d'autres traumatismes se produiront nécessairement, un **sentiment profond de vulnérabilité et la perte de la confiance** habituelle accordée aux adultes protecteurs surviennent aussi.

**Les peurs spécifiques** liées au traumatisme constituent après les reviviscences, les comportements de répétition et l'attitude changée vis-à-vis des gens, de la vie et de l'avenir la quatrième caractéristique principale des psychotraumatismes de l'enfant. Ce sont des manifestations phobiques dont le stimulus est électif (peur de telle race et non des chins en général) ou plus banal mais tenace la peur du noir persistante après une agression dans un lieu sombre de l'établissement.

**L'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme**, ce sont des efforts délibérés pour éviter les activités ou les situations en rapport avec l'événement traumatique, mais aussi les pensées et les sentiments qui y sont liés.

**Les distorsions des cognitions et des perceptions** sont souvent marquées au détriment de la classique amnésie psychogène post-traumatique de l'adulte. La chronologie est ainsi évoquée dans le désordre et les interprétations erronées concernant leur déroulement sont fréquentes.

**La réévaluation cognitive des événements a posteriori** génère la croyance en des présages, des mauvais augures que l'enfant pense prédictifs de ce qui allait se passer. Ces **reconstructions et réinterprétations** du passé ou des souvenirs de l'enfant sont comprises comme des tentatives de maîtrise rétrospectivement d'une situation inattendue et inhumaine qui brutalement a dépassé toutes ses capacités d'élaboration psychique.

**Jean-Pierre VOUCHE, Directeur Clinique, Département assistance psychologique d'urgence  
de la Ligue Française pour la Santé Mentale (Association reconnue d'utilité publique)  
International Psychological Assistance of the World Federation for Mental Health.**

### **Le devenir du traumatisme**

- Le syndrome de stress post-traumatique
- La résilience



## **Les techniques d'accompagnement psychologique**

- Le Défusing
- Le Débriefing

## **La mise en place de cellules de crise en milieu scolaire**

Il est important de situer la cellule d'écoute du service de promotion de la santé et service social en faveur des élèves de l'inspection académique dans le cadre d'un dispositif plus large.

La cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) est déclenchée par le préfet. Le SMUR en cas de besoin de médecins somaticiens et de soignants interviendra, le SAMU partenaire habituel reste un intermédiaire pour la CUMP.

## **L'Accompagnement Psychologique d'Urgence**

Dans l'urgence des catastrophes, accidents nous nous trouvons dans le hors cadre et l'hors demande, les cliniciens doivent néanmoins conserver leurs repères et mettre du cadre. Nous recherchons devant l'incompréhension des témoins et des victimes à les aider à mettre un sens au traumatisme qui a débordé leurs mécanismes de défense psychologiques.

### **Les Soins Immédiats sur le terrain ou Defusing**

### **Les soins post immédiats ou débriefing**

- **Objectifs, spécificités**

Ces soins post immédiats ou débriefing se pratiquent classiquement entre deux et sept jours après un événement traumatique, dans un lieu sécurisant, neutre ne rappelant pas les circonstances spatiales de l'accident.

Soit ces soins sont collectifs ou individuels selon les circonstances, leur durée peut aller d'une heure et demie à trois heures selon le nombre de participants. Les grands groupes sont à proscrire, ainsi que le rassemblement de personnes parlant différentes langues. La dynamique du groupe est un élément important, dans le choix de l'effectif ou des regroupements. Des victimes ne sont pas dans les mêmes niveaux de dépassement de l'événement. Des survivants et des parents de victimes peuvent ne pas être en mesure de s'écouter, de se comprendre.

- **Fonctions**

Les cliniciens accompagnent chaque participant dans sa propre narration des faits, des émotions ressenties, des pensées, afin de favoriser la cohérence du récit intérieur de chacun, et non une version commune de l'événement traumatique.

## **Le Débriefing Collectif**

### **Le groupe de parole en situation post-traumatique**

#### **Le Débriefing collectif :**

Permet d'enrichir le récit de chacun et d'atteindre ainsi une meilleure efficacité. Il se propose d'atténuer ou dissiper une détresse psychologique.

Il favorise l'élaboration d'un récit individuel ou collectif adressé à des animateurs de débriefing détenteurs d'un supposé savoir sur les bouleversements douloureusement ressentis. Les représentations psychiques de l'événement doivent pouvoir prendre place dans l'histoire personnelle de chacun et permettre d'éviter les dérives imaginaires et leurs conséquences émotionnelles.

Le débriefing collectif vise à offrir au sujet la possibilité d'une parole libre sur l'événement traumatique.