

CELLULE D'URGENCE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE



- CA du 18/06/2022

Hélène LAIGO Psychologue Clinicienne



PRINCIPES GENERAUX DE LA CUMP



- Prise en charge médico-psychologique immédiate et post-immédiate des impliqués dans les situations d'urgence collective (catastrophe ou d'accidents) impliquant un grand nombre de personnes ou susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques en raison de leur nature, afin de prévenir, réduire et traiter les blessures psychiques.

**Situation Sanitaire Exceptionnelle (SSE)
& Risques collectifs et/ou majeurs**



- Situation de mort brutale sur un groupe constitué :**
suicide, arrêt cardiaque en entreprise, en établissement scolaire, dans un lieu public...
- Catastrophes naturelles, technologiques, industrielles :**
incendie, inondation, accident routier ou ferroviaire, exposition à certains risques sanitaires...
- Situation Sanitaire Exceptionnelle, Plan ORSEC NOVI**
- Attentats**
- Prise d'otages**

PRINCIPES GENERAUX DE LA CUMP



La CUMP n'a pas pour rôle:

- d'intervenir par pur principe
- tout « traumatisme »
- question de l'affichage politique de la CUMP
- de réguler:
 - des problèmes de société, de violence...
 - des problèmes institutionnels
 - d'intervenir dans des situations individuelles.

- de remplacer:
 - le circuit de l'urgence psychiatrique.
 - les dispositifs intra-institutionnels d'accompagnement.
 - les dispositifs de prise en charge en santé mentale.



PRINCIPES GENERAUX DE LA CUMP



Sur le plan global:

- Ne pas laisser des blessés psychiques sans soins.
- Délester le réseau d'urgence somatique des blessés psychiques.

Sur le plan clinique psychiatrique:

- Repérer et prendre en charge les états aigus.
- Préparer l'après crise.
- Dépister ou se mettre en situation de dépister l'apparition de troubles chroniques.
- Les populations cibles:
 - victimes directes blessées, psychiques & physiques.
 - impliqués: directs (non blessés, proches), indirects (?).
 - intervenants, soignants et non soignants.

PRINCIPES GENERAUX DES CUMP DEPARTEMENTALES



- Est considérée comme potentiellement traumatique la survenue brutale d'un **événement violent inhabituel** qui peut de manière momentanée ou durable entraîner des bouleversements psychiques. Il s'agit d'un **phénomène d'effraction du psychisme**, de confrontation à la mort, à la survenue d'un événement exceptionnel agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique et/ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme impliqué (témoin ou acteur).
- L'événement est extérieur et indépendant de la personne, à l'origine d'une forte distinction entre avant et après.
- Son caractère traumatisant est lié pour part aux faits eux-mêmes mais aussi à la subjectivité individuelle (mise en danger objective mais aussi vécu subjectif de mise en danger).



L'ÉVÈNEMENT



- Tout évènement dramatique n'est pas forcément traumatique.
- Gravité « objective » \neq intensité des réactions



DEFINITION DU TRAUMATISME PSYCHIQUE

= *Conséquences globales d'un évènement sur le sujet*

(atteinte de son organisation et de son fonctionnement somatique et/ou psychique).

Phénomène psychodynamique :

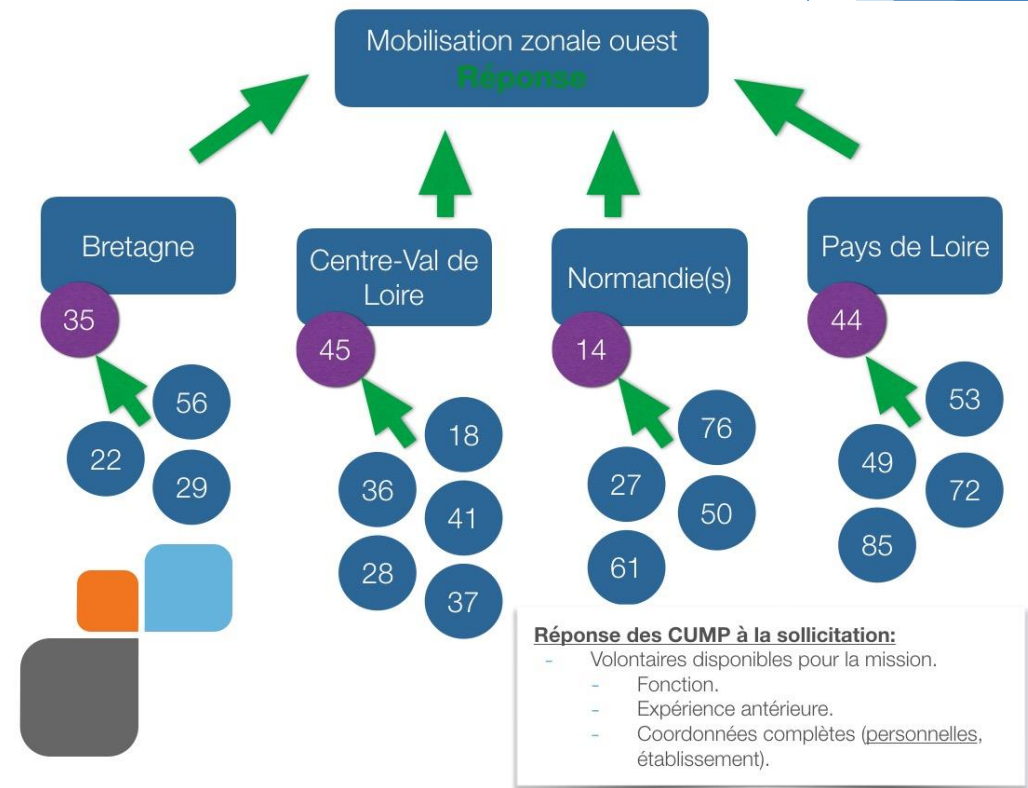
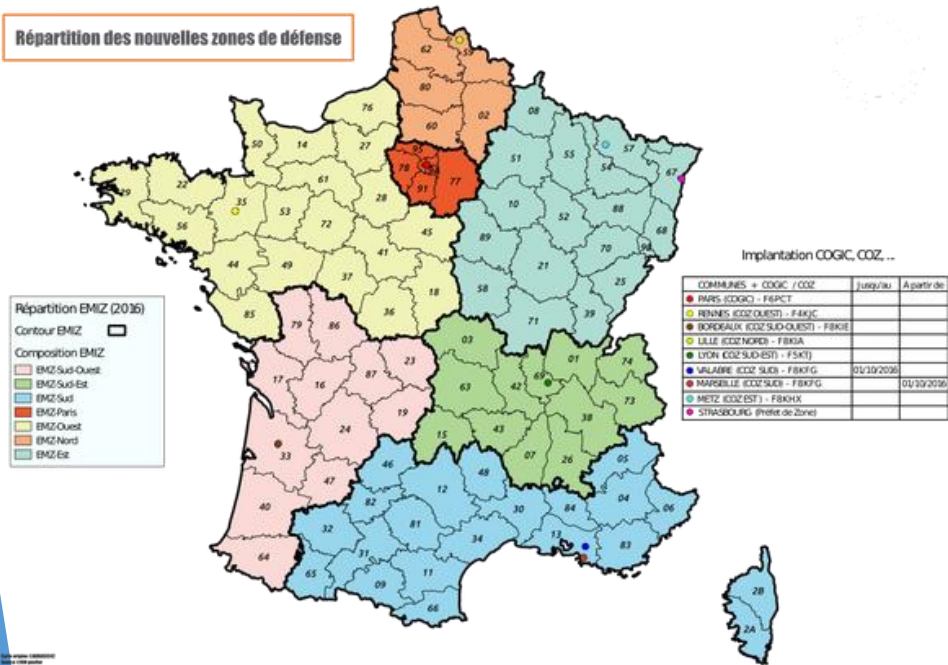
- Résultat d'une perception, sensation ou image qui déborde les défenses psychiques
- Effraction qui atteint les assises narcissiques et existentielles d'un sujet (L.Crocq)
- Provoque une mise en cause personnelle excessive, avec un défaut de sens de l'évènement



LA CUMP 35

La CUMP 35 est départementale, régionale et zonale:

Répartition des nouvelles zones de défense



COMPOSITION DE LA CUMP 35



Rattachée au



:

- 0,5 ETP médical
- Médecins Psychiatres de la filière urgence
- Bientôt 2 ETP psycho
- 1 ETP IDE
- 0,5 ETP secrétariat
- + 100 volontaires et 10 bénévoles

(aides-soignants, IDE, cadres, psychologues, psychiatres, pédopsychiatres, secrétaire).

MODALITES DE DECLENCHEMENT



~~Pas de
prudentiel~~

Catastrophe naturelle
Accident de grande ampleur
Evénement collectif massif SSE

Evénement traumatique

Préfet

Centre 15
Médecin régulateur

Centre 15
Médecin régulateur

Sur appel d'un acteur
Sur intervention SMUR

Sur appel direct
d'un acteur

Référent CUMP

Dispositif CUMP (volontaires)

REGULATION TELEPHONIQUE

- Déclenchement par la régulation 15 strictement
- Numéro CUMP: 02.22.51.41.10
- Premier niveau: régulation de l'appel par des médecins régulateurs de la filière aigue du PHUPA (SPAO, SAU, UHCD) et/ou les psychologues permanentes de la CUMP.
- Fiche contact
- Contact de l'appelant
- Prise de décision
- Fiches partagées entre régulateurs, pour interconnaissance et homogénéisation des pratiques.



ELEMENTS DECISIONNELS

- Quelle est la situation dramatique (type, nb de décès ou de blessés graves, circonstances...)
- Qui sont les impliqués (nb, fonction, niveau d'implication direct/indirect, sans oublier d'évoquer la famille de la (les) victime(s) et les éventuels professionnels sanitaires en charge des impliqués (responsables associatifs par ex...)
- Dans quel état sont-ils (blessés physiques, sidérés, agités, confus, labiles, calmes...)
 - Quels liens (amicaux, amoureux, professionnels, hiérarchiques...) les impliqués ont-ils entre eux et avec la(les) victimes.
- Comment se comportent-ils ensemble (cohésion, isolement des uns ou des autres, hyperémotivité, labilité...)
 - Où étaient-ils au moment du drame, que faisaient-ils?
- Comment vont-ils depuis, que font-ils (travaillent-ils, sont-ils en arrêt, sont-ils chez eux, sont-ils regroupés...)
 - Quelles sont les ressources institutionnelles potentielles (médecine du travail, psychologue du travail, intervenant en libéral)
- Quelles sont les ressources déjà mises en place (penser à la valoriser)
 - Où en sont les événements (enquête, médias, décisions déjà prises...)
 - Y-a-t-il un contexte judiciaire associé à la situation
 - Quand sont prévues les obsèques des personnes décédées (notamment pour planifier les interventions...)

REPONSES DE LA CUMP 35

	Situation	Réponse
Niveau 1	Situations avec un nombre restreints d'impliqués ou de victimes, liées au risque courant Accident grave, domestique, du travail ou de la circulation, décès brutal ou suicide...	Réseau existant ou dispositif psychotrauma CUMP ou par autres acteurs
Niveau 2	Situations avec un nombre plus élevé d'impliqués ou témoins. Accidents à fort potentiel psychotraumatique	idem niveau 1
		ou consultations immédiates/post-immédiates dans les circuits classiques de soins aigus ou déplacement immédiat/post immédiat/différé sur place avec des volontaires
Niveau 3	Plans de secours SSE Situations à fort impact psycho-traumatique avec de nombreux impliqués et témoins	intervention immédiate à durée variable d'une ou plusieurs équipes CUMP
		puis organisation dans un second temps de consultations différées CUMP et autres
	Individuels	De groupe (defusing/debriefing)
Entretiens	<ul style="list-style-type: none"> - recueil de la parole, de l'état émotionnel. - évaluation de l'état clinique. - évaluation médicale ajoutée si questionnement particulier (traitement, hospitalisation...). - orientation vers l'aval. 	<ul style="list-style-type: none"> - petit groupe de personnes homogène (en termes d'expérience vécue, d'appartenance...) - en dehors de tout enjeu institutionnel - sur volontariat strict - par deux volontaires, formés à la technique - séance structurée par une présentation, un tour de parole, une conclusion - compte-rendu synthétique.

RÔLE DE LA REGULATION ET DU COORDINATEUR



- Aide auprès des responsables institutionnels (ou partenaires) afin de les conforter dans leur rôle propre, leur fonction (participe de la restauration du lien social)
- Régulation de la crise : limiter les risques de réponses inadéquates, génératrices d'angoisse supplémentaire pour les victimes ou impliqués
- Constitue une équipe associant psychiatres, psychologues, infirmiers et aides-soignants
- Coordonner et poser un cadre d'intervention pour l'équipe CUMP :
 - u Choix de l'intervention immédiate ou différée
 - u Expliquer le déroulé de l'intervention
 - u Offrir et créer pour l'équipe d'intervention un espace de rencontre qui soit la plus adaptée au contexte d'intervention et qui réponde aux besoins/demandes des impliqués tout en répondant aux exigences institutionnelles et contraintes du lien,

→ Pour rester cet interlocuteur disponible, le coordinateur est donc en retrait des prises en charge CUMP.

INTERVENTION

- sur décision après régulation médico-psy
- Une ou plusieurs équipes, opérationnelles et prudentielles (1 équipe = 5 min).
- Equipe mixte: psychiatres, psychologues, IDE, AS, secrétaire
- Sous la responsabilité d'un coordonnateur de l'intervention dont la mission principale est la gestion de l'équipe et de l'intervention
- Volontaires contactés:
 - Selon qualités: fonction, expérience, valence adulte/enfant, langue...
 - Selon localisation (travail, personnelle)
 - Selon disponibilité
- La sollicitation n'implique pas la participation de facto
- Tout volontaire est libre de refuser une sollicitation sans se justifier
- Ordre de mission de l'établissement
- Calage opérationnel de l'équipe
- Déploiement de l'intervention

RÔLE DE L'ÉQUIPE D'INTERVENTION : AIDES SOIGNANTS

- Assurent l'accueil ;
- Favorisent une restauration du lien social par une présence humaine ;
- Orientent vers un soignant.



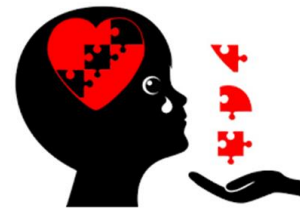
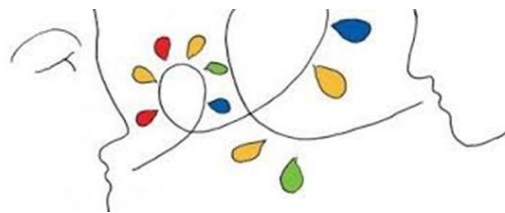
RÔLE DE L'ÉQUIPE D'INTERVENTION : MÉDICALE, PARAMÉDICALE ET PSYCHO



- Assure les entretiens individuels ;
- Accueille ;
- Évalue les symptômes de choc psychique ;
- Favorise une restauration du lien social par une présence humaine ;
- Offre la possibilité d'une première verbalisation ;
- Informe et oriente.

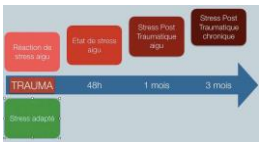
OUTRE LES DECLENCHEMENTS DE GRANDE AMPLEUR, L'EQUIPE PERMANENTE ASSURE :

- Sensibilisation-Prévention auprès des partenaires :
 - Développement d'un travail en réseau (inventaire et sensibilisation)
 - Réunions avec les partenaires potentiels (meilleure connaissance et articulation)
- Coordination départementale, régionale et zonale
- Consultations spécialisées en psycho-traumatologie (en immédiat ou différé)



E
M
D
R





CLINIQUE DES STRESS



STRESS ADAPTÉ

Manifestations *neuro-végétatives* sensibles et motrices.

Sur le plan psychologique:

Cognitif : vigilance, attention, raisonnement exacerbés, prise de décision rapide. Cognitions > Emotions

Affectif : émotion contrôlée entretenant l'alerte, altruisme

Volitionnel : action.

Comportemental : conduites adaptées de combat, retrait, fuite.



STRESS DÉPASSÉ

Manifestation physiologique: au niveaux cardio-vasculaire, respiratoire, sanguin, digestif, musculaire, cutané en vue de mobiliser l'énergie disponible

Sur le plan psychologique:

Cognitif: surprise, irréalité, illusion de centralité, doute. Emotions > Cognitions

Affectif: peur / frayeur, libération émotionnelle, sentiment d'absence de secours

Volitionnel: sentiment d'impuissance, de perte de contrôle

Comportemental:

Agitation avec hyperactivité stérile.



Sidération (immobile dans le danger)



Fuite panique (+/- suicidaire).



Activités automatiques s'accompagnant souvent d'amnésie secondaire (dissociative).



Symptomatologie psychiatrique décompensée (sur terrain) thymique, anxieuse, psychotique...



STRESS POST-TRAUMATIQUE

Phénomène psycho-dynamique: sans possibilité d'y répondre par l'action, la parole, la pensée, Sans possibilité d'y attribuer un sens.

Troubles spécifiques:

- Syndrome de répétition (reviviscences diurne, cauchemars)
- Hyperactivité neurovégétative (sursauts, difficultés d'endormissement, hypervigilance, irritabilité...)
- Conduites d'évitement (phobies...)
- Détachement (indifférence, troubles relationnels...)

Troubles non spécifiques:

- Impact anxieux & thymique, Somatisations
- Conduites addictives
- Comorbidités

Impact fonctionnel majeur: **Modification de la personnalité**

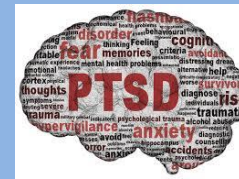




Critères de sévérité

Type d'événement	Nombre de morts élevés, Décès d'enfants, et nombre, Acte de terrorisme ou de guerre, Désorganisation sociale, Menace de répétition de l'événement
Exposition à l'événement	Blessé par l'événement, Physiquement exposé à la menace, Durée de l'exposition ou de l'attente, Parent ou proche d'une/plusieurs personne blessée ou DCD Parent ou proche d'une/plusieurs personne ayant été menacée ou suspectée de l'être Professionnels des équipes de secours
Signes de choc psy	Sidération motrice Sidération cognitive Sidération émotionnelle Agitation psychomotrice Comportement cognitif ou moteur inadapté Sentiment d'irréalité ou d'impuissance persistant Sensation d'horreur persistant Flashbacks persistants Propos délirants Réaction émotionnelle de détresse très douloureuse (exprimée, visible) Réaction émotionnelle dissociée de la gravité du contexte (exprimée, visible)
État clinique somatique	Blessé physique Handicap ou maladie antérieure à l'événement
Antécédents	De pathologie psychiatrique De traumatisme psychique D'événement de vie à caractère traumatogène
Facteurs sociaux	Minorité Situation du niveau économique, antérieure et depuis l'événement Isolement, sur le lieu de la catastrophe Isolement antérieur à la catastrophe Éloigné de son lieu d'habitation Langue étrangère
Facteurs de protection	Comportement adapté pendant l'événement Personnel expérimenté

TRAUMA TYPE 1 VS 2



	Type 1 Évènement unique	Type 2 Complexe/ développemental
Lié à	Choc soudain, inattendu et isolé dans le temps <i>« un coup de tonnerre dans un ciel bleu »</i>	Epreuves répétées qui s'étendent sur une longue période: ébranle significativement les acquis développementaux
Nature des relations	Diverses En générale non personnelle	Implique des relations interpersonnelles importantes: trahison par des personnes en charge de soins, protection, encadrement des victimes
Exemples	Accident voiture Catastrophe naturelle Agression par un inconnu	Agressions sexuelles, abus, négligences, exposition à de la violence conjugale
Conséquences	75 % des personnes se relèvent de la phase de vulnérabilité sans symptômes (ne développent pas un PTSD)	Affecte le développement d'un façon complexe et envahissante : <i>« multiplicité des impacts négatifs de cette exposition ainsi que leur effet durable sur le fonctionnement »</i> (Cook & al., 2005; National Child Traumatic Stress Network, 2003)

DIFFERENCIER STRESS ET TRAUMA

Ces deux concepts renvoient à des registres différents et à une temporalité clinique différente:

Le **STRESS** désigne la réaction bio-physio-psychologique immédiate



sidération stuporeuse



Agitation



fuite panique



action automatique



Le **TRAUMA** désigne un phénomène psycho-dynamique :

- d'effraction des défenses psychiques
- de confrontation avec le réel de la mort et du néant
- sans possibilité d'y répondre par l'action, la parole, la pensée,
- sans possibilité d'y attribuer un sens



EN RESUME


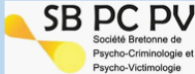




« Dans tous les cas le traumatisme est une rupture dans le cours des choses, une rupture dans la continuité des échanges et des relations, mais aussi une rupture dans le temps. Le traumatisme est cet évènement particulier que le Moi ne parvient pas à enclore, un évènement sans temporalité en ce sens qu'il se fait constamment présent et qu'il ne parvient pas à trouver sa place sous la forme de souvenirs dans une temporalité psychique. Il s'impose par des réminiscences, une sidération psychique, des flashes, des angoisses, des récits au présent..., et seule son élaboration, dans l'après-coup lui permettra de s'historiser, de devenir un « passé » et du souvenir. (...) C'est donc avant tout l'économie psychique qui se trouve mise à mal. »

BOUYCHOU Mathilde, COSTANTINO Charlotte, PLATIAU Julie, (2013), « Du traumatisme aux voies thérapeutiques possibles », Cliniques.

Ce que le traumatisme psychique n'est pas : Deuil, burn out, stress ...



	PSYCHO-VICTIMOLOGIE	PSYCHO-TRAUMATOLOGIE
Discipline de référence	Psychologie – Psychiatrie - Droit	Psychiatrie et psychologie
Types d'évènements	Violences agies, violences subies en groupe ou individuellement, judiciairisé ou non.	Catastrophes naturelles, technologiques, accidents collectifs, morts brutales et violentes
Adresseurs	Santé (Psychiatrie, etc.) Justice, Médecine légale, Travailleurs sociaux, police, gendarmerie, Associations d'aides aux Victimes et aux Auteurs. Associations de victimes.	CUMP, urgences CHU et SPAO, SAMU, CMP, pompiers, sécurité civile, Médecine du travail, Médecine légale, Associations d'aides aux victimes, police et gendarmerie
Contexte	Procédures institutionnelles, psychiatriques, judiciaires et sociales	Sanitaire
Bénéficiaires	<p>Victimes, directes/indirectes et leur environnement proche :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Adultes (+ 16 ans) groupe familial, groupe de pairs... victimes ✓ Prioritairement destiné à des personnes n'ayant aucun autre suivi ✓ Toutes retombées de toutes formes de violences subies, (physiques, psychologiques, morales, sexuelles (masculin, féminin, transgenre), financières) actuelles, anciennes, sous formes ponctuelles ou de harcèlements, judiciairisées ou non, survenues dans tout milieu (couple, famille, travail, éducation, voisinages, groupe sectaires). ✓ Parcours complexes, notamment juridiques, médicaux, sociaux. ✓ Phénomènes de survictimation 	<p>Impliqués directs/indirects et leur environnement proche :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfant, adolescent, adulte ✓ Sans suivi actuel en psychiatrie (hospitalière/libérale/clinique) ✓ Qui vient de vivre un événement dramatique exceptionnel ✓ Quel que soit son degré d'implication dans ce dernier (témoin ou acteur) ✓ Qui manifeste, parfois après quelques jours, semaines ou mois, des réactions émotionnelles intenses avec stress et angoisse, des manifestations inhabituelles du comportement, des reviviscences diurnes ou cauchemars...
<p>Mode d'adressage</p> 	<p>Services centraux G06 – Bat.52</p> <p>Cellule de Victimologie générale Psychologues cliniciens Spécialisés en Psycho-Criminologie, Psycho-Victimologie</p> <p>Floriane RENOUARD Lundi, jeudi matin, vendredi + Psychologues conventionnés SBPCPV</p>  <p>Secrétariat G06 : 02.99.33.39.12</p>	  <p>Consultations Psycho-traumatisme Hélène LAIGO & Marine LEBRUN <i>Psychologues Cliniciennes</i> + Marie-Hélène MACE <i>IDE</i> <i>Permanences du lundi au vendredi</i></p> <p>Dr TRAVERS David <i>Médecin coordonnateur</i> <i>Permanences un vendredi après-midi / mois</i></p> <p>Secrétariat : 02.22.51.41.10</p>

PRISE EN CHARGE DU TRAUMA : PSYCHOTHERAPIES



L'ENTRETIEN CLINIQUE



L'ACCUEIL - ALLIANCE THERAPEUTIQUE - AFFILIATION

- Posture professionnelle qui permet que la rencontre se crée d'un point de vue humain: se présenter, donner des repères (préciser sa fonction, ce qui peut permettre dans le transfert que la personne s'appuie sur cette fonction pour s'adresser), attitude emphatique mais authentique. Il ne s'agit pas de « se mettre à la place de l'autre » au risque de s'identifier à lui, mais d'adopter une posture qui laisse à l'autre la possibilité d'exprimer son vécu ou ressenti en réponse à l'évènement. Demander à la personne de se nommer pour ramener le lien à l'autre, restaurer le sentiment d'identité, d'humanité.
- De qui émane la demande? Ne pas se faire instrumentalisé
- Relation de confiance: Créer une atmosphère pacifiée. Se montrer calme a défaut de l'être.
- Accepter que l'entretien puisse prendre du temps
- Présence attentive, accueillante, contenante et non intrusive
- Redonner confiance par le langage, le contact physique, le confort (boisson, tabac, repos)

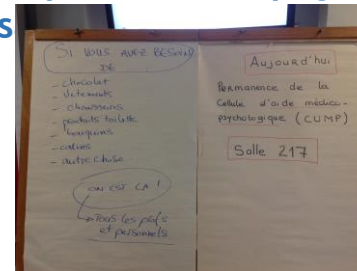


QUELQUES REPERAGES SUR LA PAROLE EN IMMEDIAT ET POST-IMMEDIAT

- Accueillir les affects, les émotions exprimés. Reconnaître la souffrance ressentie, comprendre la réalité du patient. Vigilance au fait d'avoir compris trop vite.
- Accueillir, accusé-réception des « mots », des premières représentations langagières face au « hors-sens » à « l'indicible ».
- Contextualiser : Permettre à la personne de préciser son discours. Repérer ce dont il est possible de parler avec elle à ce moment de la rencontre, soit ce qu'il amène de lui-même (possibilités psychiques de parler ou non de l'évènement). La parole n'est pas bonne à tout prix : pour certains parler l'évènement c'est le raviver et les y replonger (même après des mois ou des années). Respecter la temporalité psychique de chacun pour pouvoir faire avec l'évènement vécu.
- Accueillir et se faire partenaire des réponses du sujet face au choc traumatique. Comment chacun tente de supporter ce moment? Informer que les réactions qu'ils ont eu s'expliquent dans un contexte dramatique.
- Ecoute, repérer et s'appuyer sur les termes du patient (échange, reformulation): Ne pas mettre nos propres « mots », « représentations ».
- Entendre les sentiments d'impuissance d'échec et de culpabilité : « *Est-ce que vous auriez pu faire autrement?* »

QUELQUES REPERAGES SUR LA PAROLE EN IMMEDIAT ET POST-IMMEDIAT

- Parfois la parole peut « défilée », se faire logorrhéique, permettre d'y introduire par la « conversation » une certaine « ponctuation », « respiration » pour arrimer ce qui « défile ».
- Ne pas se diluer dans une écoute répétitive et stérile.
- Apporter des éléments factuels, informatifs simples: Expliquer / accompagner comment les choses vont se passer après (orientation, hospitalisation, famille, relais thérapeutique ultérieur).
- Proposer de l'aide (modestement et dans son rôle).



- Pas de déculpabilisation, pas de dédramatisation, pas de solution inventive, supporter les questions métaphysiques...
- Ne pas anticiper, situer la personne dans « l'ici et maintenant ».

RISQUES DE (SUR)VICTIMISATION



- S'imposer, forcer la rencontre. Il est souhaitable de rester calme, bien réfléchir et s'adapter car chaque situation est différente, inattendue et évolutive.
- Forcer la verbalisation
- Ne pas entendre l'autre dans sa subjectivité, même si cela peut paraître décalé, anodin
- Jugement de valeurs
- Banaliser/dramatiser
- Déculpabiliser car on annule la défense de la personne (la culpabilité), elle se ferme et ne demande plus d'aide, ne se sent ni écoutée, ni comprise
- Faire part de ses ressentis et de ce que la situation fait écho avec notre histoire personnelle. Nous prenons en charge des personnes ordinaires confrontées à l'intolérable. C'est difficile car nous pouvons nous identifier à eux.
- Attention à notre imaginaire

RISQUES DE (SUR)VICTIMISATION



LES MOTS POUVANT ETRE VECUS COMME VIOLENTS

Bonne journée

Ne vous inquiétez pas

C'est effroyable ce qui vous arrive!

Je sais ce que vous avez vécu

Bon courage

Ca va aller

ON PEUT DIRE

Rassurez-vous, maintenant vous êtes en sécurité ici

vous avez vécu un choc

Je comprend bien ce que vous me dites...
(reformulation)

Qu'est-ce que cet évènement a changé dans votre vie
quotidienne? Dans votre vie professionnelle?
Comment envisagez-vous l'avenir?

Aujourd'hui vous pensez à cela, mais peut-être
demain..(culpabilité)

Qu'est-ce qui pourrait vous faciliter les choses?
Qu'est-ce qui serait important pour vous?



DEFUSING/ DEBRIEFING - IPPI



« *Si le cerveau est à l'origine de la souffrance,
il peut aussi être son remède* »

Rick HANDSON: Le cerveau de Bouddha



E
M
D
R

Thérapie systémique



CONCLUSIONS



« Lorsque nous ouvrons notre cœur et notre esprit afin d’écouter le récit de traumatismes physiques et psychologiques, de violences perpétrées, de tragédies et de trahisons affectives, nos croyances et certitudes les plus chères sont ébranlées et nous sommes transformés »

(Christine PERREAULT, 2004)



LES CATEGORIES DE SAUVETEURS CONCERNES



- **Sont principalement concernés les professionnels en relation d'écoute amenés à rencontrer régulièrement des personnes victimes d'évènements traumatogènes : travailleurs sociaux, « psy », CUMP, CMP, urgences etc.**

- **A un moindre degré, peuvent être concernés d'autres intervenants (sauveteurs de 1ère ligne, équipiers Croix-Rouge etc.).**

⇒ **Risque psycho-social spécifique aux métiers de la relation d'aide**

EPUISEMENT PROFESSIONNEL = BURN OUT



Installation progressive entre 1 et 5 ans, née d'un stress émotionnel chronique du travail lié à une augmentation de la charge de travail ainsi que par des stressseurs organisationnels.

Correspond en partie à une névrose traumatique par accumulation de micro-traumas.

- Baisse de l'attention et de la concentration
- Dépression (plus que l'anxiété)
- Perte de motivation
- Irritabilité, repli social
- Epuisement physique et mental, somatisations
- Conduites addictives
- Fautes professionnelles.

⇒ D'où baisse de capacités, arrêts de travail, rotation du personnel

□ **S'auto-évaluer: Echelle MBI Burn out syndrome**

<http://www.masef.com/scoresburnoutsyndromeéchellembi.htm>



LA TRAUMATISATION VICARIANTE = USURE PAR COMPASSION

- ❖ Un processus dynamique et de transformation graduelle qui s'installe progressivement tout au long de la pratique professionnelle auprès des victimes.
- ❖ Ne recoupe qu'en partie la notion d'épuisement professionnel.

(Perreault C., 2004 ; Pearlman & Saatvine, 1995, 1996 ; Neumann & Gamble, 1995 ; Mc Cann & Pearlman, 1990)

- *S'auto-évaluer: Test d'usure par compassion (TUC) Charles R. FIGLEY:*
<http://www.trauma-ptsd.com/uploads/Test%20Usure%20de%20Compassion.pdf>



PROCESSUS EN JEU DANS LA TRAUMATISATION VICARIANTE

- « Le processus de traumatisation vicariante est une violation répétée de nos convictions, valeurs et croyances. Il modifie le travail accompli par la lentille appelée « cadre de référence personnel ». (Christine Perreault, psychologue au Service correctionnel du Canada)
- **Manque de prise de conscience et de distanciation du soignant.**
 - **Le professionnel ne se rend pas compte de la transformation graduelle qui s'opère en lui.**
 - Usé par le matériel traumatisant rapporté par les victimes accompagnées, et non par la charge de travail, le professionnel souffre d'usure par compassion:
 - Survenue brutale, soudaine et intense
 - « Dernières réserves »: le professionnel tenterait d'en faire « encore un peu » pour continuer jusqu'à l'épuisement.
 - Etat de traumatisme secondaire (Pearlman et Satine 1990)



METAPHORE DE L'OEUF AU BACON



La



est impliquée



Le



est concerné

STRATEGIES DE PROTECTION DE LA TRAUMATISATION VICARIANTE (1/2)



- Repérer et reconnaître le phénomène
- Prendre conscience de ses limites personnelles
- Verbaliser avec les pairs et rencontres professionnelles (informelles/formelles, réunions cliniques, réunions d'équipe, réunion de pôle, cadre hiérarchique...).
- Formations, Analyse de pratique, supervision personnelle...
- Une organisation d'emploi du temps réaliste (étaier les rencontres de cas très lourds sur son agenda)

- S'auto-évaluer:

Test d'usure par compassion (TUC) Charles R. FIGLEY:

<http://www.trauma-ptsd.com/uploads/Test%20Usure%20de%20Compassion.pdf>

Echelle Maasclach Burnout Inventory (MBI) :

<http://www.masef.com/scores/burnoutsyndromeechellembi.htm>

STRATEGIES DE PROTECTION DE LA TRAUMATISATION VICARIANTE (2/2)



- Qualité des relations sociales et des activités extérieures au travail
- Aider sans se perdre (ne pas confondre sauveteur avec sauveur) et se faire aider si besoin: Consulter le médecin du travail et/ou consultation médicale, psychologique ou psychiatrique en libéral

~~Souffrance~~
& Travail ... Ne restez pas seule



Penser le pansement
Panser le changement

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

Avez-vous des questions?

