

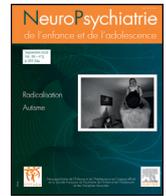


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

« Adaptation de l'Intervention Psychothérapeutique Post-Immédiate aux enfants au moyen de l'utilisation pratique d'un média dans un entretien structuré »

« *Adapting Post-Immediate Psychotherapeutic Intervention to children by the use of pictorial representations as symbolic mediators* »

A. Passard^{a,*}, D. Aresu^b, P. Mascarel^b, N.A. Atwan^b, E. Gokalsing^{a,b,c,d,e}

^a Unité de psychotrauma (UPT Nord), Établissement Public de Santé Mentale de La Réunion (EPSMR), 97460 Saint-Paul, La Réunion, France

^b Cellule d'Urgence Médico Psychologique Océan Indien (CUMP OI), Établissement Public de Santé Mentale de La Réunion (EPSMR), 97460 Saint-Paul, La Réunion, France

^c Centre Régional Psychotraumatisme Océan Indien (CRP OI), 97460 Saint-Paul, La Réunion, France

^d Laboratoire IRISSE (Ingénierie de la Santé, du Sport et de l'Environnement)–UFR STAPS université de La Réunion, 97430 Le Tampon, La Réunion, France

^e CESP, équipe MOODS, INSERM UMR 1018, faculté de Médecine, université Paris-Saclay, 94276 Le Kremlin-Bicêtre, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
Trouble de Stress Post-Traumatique, Enfant,
Debriefing, Objet médiateur thérapeutique

RÉSUMÉ

Objectifs. – Dans les suites des attentats perpétrés en 2015 et 2016 sur le sol français, une carence dans la prise en charge précoce des troubles psychotraumatiques chez les enfants a été mise en exergue. Les cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP) ont, dès lors, été confrontées à la nécessité de se mobiliser pour développer une spécificité pédopsychiatrique. À partir du constat d'un manque de méthodologie adaptée à une population pédiatrique, cet article a pour objectif de réinterroger le contenu et le contenu de l'Intervention Psychothérapeutique Post-Immédiate (IPPI), en cherchant à combiner la technique du « débriefing » telle qu'utilisée par les CUMP, aux supports de médiation, outils, quotidiennement employés dans la relation thérapeutique aux enfants dans les services de pédopsychiatrie.

Patients et méthode. – Cet article propose une technique d'entretien de « débriefing » structuré, impliquant l'utilisation d'un objet médiateur : les Cartes Métaphoriques et Associatives « OH-Cards ». À travers une vignette clinique, issue d'une intervention CUMP en post-immédiat auprès d'une fratrie de jumeaux de 6 ans, nous avons détaillé les différentes étapes de l'entretien de « débriefing » médiatisé.

Résultats. – La mise en œuvre de la technique d'entretien proposée permet de guider la narration du vécu traumatique des enfants, et de remobiliser leur processus de symbolisation.

Discussion. – Cette approche du « debriefing » décliné à une population d'enfants, a l'originalité d'illustrer de ce que pourrait être le fruit de la rencontre entre deux cultures du soin : les compétences des CUMP d'une part, et celles de la pédopsychiatrie de l'autre.

Conclusion. – Ce premier travail nous conduit à envisager une modélisation de l'IPPI avec l'enfant, structuré autour d'un objet médiateur, en vue de proposer un outil de référence dans la formation des soignants des CUMP.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objectives. – A lack of experience for early post-traumatic interventions for children was observed after the terrorist attacks perpetrated in 2015 and 2016 in France. The clinicians involved in the medico-psychological emergency units (CUMP) had to quickly adapt their interventions to help children and their families seeking assistance. This article aims to examine how the Post-Immediate Psychotherapeutic Intervention (IPPI) based on the debriefing technique commonly used by the CUMP could be adapted to this age.

Keywords:

Medico psychological Emergency Unit
Post-Traumatic Stress Disorder
Child
Debriefing
Therapeutic mediator

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : a.passard@epsmr.org (A. Passard).

Patients and method. – This article describes a modified form of the IPPI interview for children based on the use of pictorial representations, i.e., the Metaphoric and Associative Cards, “OH-Cards”. A clinical vignette illustrates the different steps of this intervention such as those provided to sibling 6-year-old twins in the context of a post-immediate CUMP intervention after a drowning.

Results. – Adding the pictorial cards to IPPI interview techniques facilitated the children’s verbalization, the narrative reports of the traumatic experience with the professional, and globally enhanced the symbolization process.

Discussion. – This developmental-sensitive adaptation of the commonly used debriefing approach illustrates the positive synergy between the professional cultures of the clinicians from the CUMP and the child psychiatrists.

Conclusion. – Children-specific adaptations of the IPPI based on symbolic mediators, such as pictorial cards, should be considered as a reference tool at this age in the training of CUMP professionals.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Les premières Cellules d’Urgence Médico-Psychologique (CUMP) ont été créées en 1997 (circulaire DH/EOA-DGS/SQ2 n°97-383 du 28 mai 1997) [1] à la suite des attentats de Paris en 1995 à la station RER Saint-Michel. Elles ont été mises en place par Xavier Emmanuelli, secrétaire d’état chargé de l’action humanitaire, sous la coordination du Professeur. Louis Crocq. Ces Unités Fonctionnelles sont rattachées au SAMU de chaque département sous la responsabilité d’un médecin psychiatre référent. La CUMP assure la prise en charge médico-psychologique précoce des victimes et des sauveteurs en cas de catastrophes, d’accidents impliquant un grand nombre de victimes et/ou d’évènements susceptibles d’entraîner d’importantes répercussions psychologiques. Ces prises en charge visent à traiter et prévenir la constitution de séquelles psychiques, tel que le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT). C’est dans ce contexte qu’une première version du « débriefing à la française » a été présentée par Crocq et Lebigot en 1997 [2] insistant sur l’aspect émotionnel et non contextuel de l’évènement avec leur patient. Le médecin général Crocq a alors proposé de changer le terme de « débriefing », utilisé dans les études anglo-saxonnes, et ne reflétant plus la pratique proposée par les français, par le terme d’Intervention Psychothérapeutique post-Immédiate » (IPPI). La prise en charge peut se réaliser dans une temporalité immédiate (defusing), et/ou post-immédiate (IPPI, jusqu’à 4 à 6 semaines). Dans la suite de cet article, nous utiliserons le terme *débriefing* ou IPPI pour se référer au même concept, à savoir, cette technique de soin psychothérapeutique parfois aussi appelée « débriefing à la française ».

La reconnaissance de la nécessité d’une spécificité pédopsychiatrique dans les CUMP a commencé à émerger après les attentats de Paris en 2015, avec notamment ceux du 13 novembre, lorsque les services d’urgence ont constaté qu’un certain nombre d’enfants étaient présents au Stade de France, et ont réalisé que leur capacité à gérer de multiples victimes pédiatriques n’était pas optimale. Par la suite, l’attentat du 14 juillet 2016 à Nice [3] a confronté les professionnels de l’urgence médico-psychologique à la situation inédite de devoir faire face à un afflux massif d’enfants et d’adolescents, âgés de 2 mois à 18 ans, directement exposés à un acte terroriste de grande ampleur. Ainsi, cet évènement sans précédent a mis en exergue un manque d’anticipation des dispositifs d’urgence, comme en témoignent Askénazy et Battista [4]:

“Jusqu’à ce jour de fête nationale de 2016 aucune CUMP pédiatrique spécifique n’avait été pensée et encore moins structurée. En moins de 24 heures, l’organisation auprès des enfants et des familles s’est maillée. Les professionnels de l’enfance se sont mis à travailler dans l’urgence de la demande, dans une nouvelle temporalité des pensées”.

À partir de cette prise de conscience d’une carence dans la fonction de prise en soins des enfants, il a émergé un effort de restructuration des CUMP. Par là même, en France, l’instruction du 6 janvier 2017 (n° DGS/VSS2/2017/7) [5], relative à l’organisation de la prise en charge de l’urgence médico-psychologique, inclut dans le programme de formation, la connaissance des troubles psychotraumatiques chez l’enfant, et détermine une liste de matériel à prévoir dans la mallette d’intervention, spécifiquement dédiée à cette population. Depuis plusieurs années, ces évolutions s’illustrent par ailleurs sur le plan des connaissances internationales, ce qui a donné lieu à l’introduction dans le DSM-5 [6], d’un sous-type développemental, le « TSPT préscolaire », destiné aux enfants jusqu’à l’âge de 6 ans, là où, dans la version antérieure, seulement quelques brèves mentions concernaient les enfants, avec des critères difficilement applicables aux plus jeunes [7]. Enfin, plus récemment, on note une évolution majeure des connaissances sur l’impact des traumatismes précoces chez l’enfant en période infra-verbale, avec la publication d’une étude clinique post-attentat [8].

Pour autant, malgré une volonté grandissante d’apporter des réponses adaptées aux besoins des enfants exposés à un évènement traumatique, il demeure un certain nombre de questionnements sur les techniques thérapeutiques à utiliser. En effet, si la communauté scientifique admet la nécessité d’adapter la prise en charge des enfants dans ses modalités techniques, notamment en ayant recours à des objets médiateurs [9], la littérature à ce sujet est, en revanche, moins fournie concernant leur utilisation en pratique, notamment dans le contexte du *debriefing*.

Il est cependant à noter qu’une large place est donnée au dessin avec, par exemple, l’utilisation du test des *trois dessins* que l’on doit à Françoise et Alfred Brauner [10] autour de la consigne : “*ma vie avant, pendant et après la guerre*”. Cette méthode de production graphique guidée est encore utilisée de nos jours en situation humanitaire, comme en témoigne l’étude de Dagou [11] qui a pour but d’évaluer les conséquences psychologiques de violences de guerre chez des écoliers ivoiriens. S’il est admis que le dessin demeure une voie de communication privilégiée de l’enfant confronté à une situation traumatique, Titia Rizzi et Moro [12] alertent sur l’écueil de la surinterprétation et de la sacralisation des dessins au risque d’en oublier le sujet. Par ailleurs, Romano [13] met en avant la question du “*dessins-leurre*” – production graphique faussement rassurante qui trompe l’observateur sur la détresse réelle de l’enfant – qui viendrait en lieu et place de ce qui ne peut s’exprimer tant l’évènement, de par son caractère violent, s’avère irreprésentable et intraduisible. Enfin, notre expérience, dans la pratique clinique auprès d’enfants pris en charge dans un contexte post-traumatique nous a montré que les refus de dessiner l’évènement étaient fréquents. Cela est possiblement à mettre en lien avec un gel des capacités de symbolisation, ayant pour effet de réduire à néant l’expression du vécu traumatique, et/ou avec

éviter d'une réexposition à l'expérience violente subie, lié au fait que le dessin engage directement l'enfant dans une production personnelle.

Par conséquent, le manque d'une méthodologie de l'entretien de *debriefing* avec l'enfant, et les limites du moyen de médiation principalement utilisé dans ce contexte, à savoir le dessin, nous amènent à réinterroger le contenant et contenu de l'intervention psychothérapeutique post-immédiate, dans le but de proposer une technique d'entretien structuré impliquant l'utilisation d'un autre objet médiateur.

2. CUMP et compétences pédopsychiatriques : deux cultures qui doivent se mériter

La CUMP de la Réunion a une mission zonale centrée sur la zone Sud Océan Indien qui comprend certains territoires densément peuplés par une population particulièrement jeune. En effet, les moins de 19 ans constituent seulement 24 % de la population française (France entière) contre 30 % de la population à la Réunion et 54 % à Mayotte, en 2019 [14]. Cette particularité a rendu nécessaire un travail spécifique sur la prise en soins de cette population avec la création d'un groupe de travail dédié en 2021, constitué par des personnels volontaires de la CUMP spécialisés en pédopsychiatrie ainsi que par des membres de l'équipe permanente. L'objectif est d'améliorer la prise en soins des enfants en développant des outils thérapeutiques utilisables par tous les volontaires et d'intégrer ces éléments dans leur formation initiale et continue.

L'enjeu de la prise en charge des enfants dans le contexte de l'urgence psychologique, nous semble résider dans le métissage entre deux cultures du soin : les compétences des CUMP d'une part, et celles de la pédopsychiatrie de l'autre. Dans le contexte post-immédiat, cela interroge la façon dont pourrait être combinée la technique du *debriefing* telle qu'utilisée par les CUMP, aux supports de médiation, outils quotidiennement employés dans la relation thérapeutique aux enfants dans les services de pédopsychiatrie.

Le *debriefing* est réalisé sous forme groupale ou individuelle avec la technique de l'IPPI. Il s'agit d'un outil de prise en soins précoce, pour prévenir la constitution d'un TSPT qui pourrait apparaître suite à l'exposition à un événement potentiellement traumatique.

Dans le cadre d'une intervention individuelle, auprès d'un adulte, il prend la forme d'un entretien assez structuré et directif du point de vue du cadre, mais avec un déroulé souple, centré sur le vécu subjectif de l'évènement et de ses répercussions, dans l'idée de mieux comprendre son impact dans l'histoire du sujet [15]. Classiquement, l'entretien suit trois phases : la première laisse la place à l'énoncé du déroulé du vécu subjectif du sujet (passé), la seconde aborde les changements et troubles repérés depuis l'évènement, et la mise en sens de celui-ci (centrage sur le présent), et, enfin, la dernière, consiste en une ouverture vers l'avenir (représentation du futur). L'intervention vise à restaurer la ligne du temps, et favorise l'expression des pensées, émotions et sensations qui ont traversé le sujet. Un temps de l'entretien est également consacré à informer sur les symptômes de stress et les symptômes psycho-traumatiques susceptibles d'apparaître (psychoéducation).

Chez les enfants, si l'objectif poursuivi en post-immédiat est le même, l'adaptation des procédures de prise en charge est en revanche nécessaire, afin de leur apporter une réponse appropriée au regard des capacités cognitives, verbales et émotionnelles, qu'ils présentent selon un âge donné. L'entretien de *debriefing* classique, basé uniquement sur l'échange verbal, apparaît en ce sens inapproprié.

À l'instar d'une consultation en pédopsychiatrie, il va donc s'agir de médiatiser la rencontre avec l'enfant pour faciliter son expression, et relancer ses processus de symbolisation mis à mal par l'évènement traumatique. À travers la proposition d'un matériel de

jeu, l'enfant va ainsi pouvoir s'engager dans une première tentative de mise en récit, et, grâce à cet intermédiaire, il va progressivement être en mesure de sortir du chaos lié à l'irreprésentabilité de l'évènement. Cela nous renvoie aux travaux de Mélanie Klein [16] dans lesquels le jeu est utilisé comme une médiation thérapeutique permettant d'accéder aux représentations symboliques de l'enfant, et nous rappelle évidemment l'œuvre de Winnicott [17-19] autour du jeu dans sa fonction médiatrice de la vie psychique de l'enfant. Pour reprendre les termes de René Roussillon [20], on définit ici la médiation comme étant « *le vecteur du langage grâce auquel le travail de symbolisation va pouvoir se développer* ».

3. Vers une adaptation du *debriefing* aux enfants

Pour décliner le *debriefing* à une population d'enfants en restant le plus fidèle à la technique initiale de l'IPPI, il va s'agir de structurer l'entretien par différentes étapes et d'entourer l'utilisation des objets médiateurs par un cadre thérapeutique. L'idée centrale est de conserver les principes fondamentaux du *debriefing* - restauration d'une chronologie, liaison des souvenirs du passé aux espoirs du futur, mise en lien des faits, émotions, et pensées, exploration des vécus d'impuissance et de culpabilité - en utilisant des supports, pour soutenir l'expression symbolique, aider à reconnaître les émotions ressenties, trouver des mots, faciliter le récit.

Du côté du choix de l'objet médiateur, nous avons privilégié un outil thérapeutique qui va permettre de guider la narration du vécu traumatique : les *Cartes Métaphoriques et Associatives "OH-Cards"* [21]. Elles sont décrites par leur éditeur, Moritz Egetmeyer, comme « *des jeux de cartes stimulant la créativité et la communication (...) qui se situent à mi-chemin entre le jeu et le livre ; et constituent à la fois un outil et un jeu, (...) offrant une panoplie de possibilités* ». Un site internet (<https://www.OH-Cards-Institute.org>) est dédié aux utilisations professionnelles des Cartes Associatives et Métaphoriques, ainsi qu'aux recherches et études universitaires qui leur sont consacrées, à échelle internationale.

Nous avons fait le choix de combiner trois séries différentes à partir des cartes "COPE", "SAGA" et "HABITAT" (Fig. 1). Ce sont des outils découverts en formation auprès du Pr. Mooli Lahad, psychologue israélien spécialiste du psychotraumatisme, dans le contexte des attentats de Paris en 2015 [22], et que nous nous sommes appropriés au fil de notre pratique clinique avec les enfants. Ces différentes séries de cartes invitent à voyager dans le monde des histoires, de l'imagination et de la magie (cartes "SAGA"), mettent en scène le contenu émotionnel des événements potentiellement traumatiques (cartes "COPE"), ou dépeignent une large palette d'environnements naturels avec des images documentaires ou métaphoriques (cartes "HABITAT"). Les cartes, par leur variété, couleurs et symboles, apportent une dimension ludique à la relation thérapeutique et facilitent la verbalisation. Ofra Alayon [23], docteur en psychologie, co-créatrice des cartes "COPE" explique par ailleurs que les cartes permettent à ceux qui les utilisent de trouver leurs propres moyens de faire face à l'évènement traumatique, en soulignant les ressources du sujet. La question des stratégies de coping nous semble particulièrement intéressante à explorer dans le contexte d'un entretien de *debriefing*. Par ailleurs, d'autres types de cartes métaphoriques similaires peuvent tout à fait être utilisées de la même manière. Le support n'est pas imposé et dépend des moyens disponibles et du choix du thérapeute pour son matériel. Ce qui nous apparaît intéressant dans le choix de l'objet médiateur, réside dans le fait de proposer un support projectif ludique qui fait appel au registre symbolique, en se décalant du réel. En cela, un jeu de cartes type photolangage (photographies) nous semblerait moins adapté par exemple.



Fig. 1. Exemples de cartes métaphoriques et associatives "OH-Cards" (séries "SAGA", "HABITAT" et "COPE"). Images protégées, visuel diffusé avec l'accord de l'éditeur, M. Moritz Egetmeyer. www.OH-Cards.com

3.1. Illustration clinique : intervention CUMP en post-immédiat

3.1.1. Contexte de l'intervention

La CUMP Océan Indien a été déclenchée dans le cadre d'une noyade – n'entraînant pas la mort – d'une petite fille de 6 ans, Eva, dans un parc aquatique à la Réunion. D'après les informations disponibles, la fillette a été aspirée par la bouche d'évacuation d'un bassin à remous. La noyade a nécessité une réanimation de l'enfant et une hospitalisation de deux jours. Étaient présentes sur le lieu de l'évènement, les personnes suivantes : Nathan, le frère jumeau d'Eva, Sacha, le frère aîné adolescent, la mère et la grand-mère des enfants.

3.1.2. Type de soins proposés

Différents intervenants de la CUMP ont rencontré la famille en post-immédiat, environ 7 jours après l'évènement. Nous avons fait le choix de recevoir Eva et Nathan en entretien de debriefing conjoint, du fait de leur âge, de leur complicité sur le plan affectif, et de leur proximité durant l'évènement (ils étaient tous les deux dans le bassin). Le frère aîné, la mère et la grand-mère ont été pris en soins indépendamment, afin de respecter le principe de séparation générationnelle. Le lien avec la famille concernant les enfants a été fait en amont et en aval de l'intervention via des contacts téléphoniques afin d'évaluer la situation, et s'est poursuivi dans les locaux de la CUMP après l'entretien de débriefing, pour permettre un temps d'échange (psychoéducation et conseils).

Nous avons rencontré Eva et Nathan en binôme de soignants, afin d'assurer un cadre contenant et sécurisant, tout en nous laissant la possibilité de soutenir chaque enfant en individuel si cela était nécessaire.

L'entretien de *debriefing* a constitué en une reconstruction de la scène traumatique par le processus narratif médiatisé, à l'aide des cartes métaphoriques et associatives "OH-Cards". La séance s'est articulée autour de trois temps principaux, avec la recontextualisation d'un avant, pendant et après l'évènement, pour essayer de rétablir un sentiment de continuité chez les enfants.

3.1.3. Déroulement du débriefing :

3.1.3.1. *Introduction.* La rencontre a débuté par un temps de salutations et de présentation des différents membres de la famille et des soignants, avec une explication concernant les lieux où se dérouleraient les différentes entretiens. Les enfants ont ainsi pu repérer que leurs proches se situaient dans les mêmes locaux, et que tout le monde bénéficierait simultanément de soins. Ce temps d'accueil a facilité la séparation entre Eva, Nathan et le reste de leur famille. Nous avons ensuite pu accompagner les enfants dans la salle d'entretien.

La salle était aménagée de la façon suivante : une table, suffisamment grande pour y exposer une quarantaine de cartes, entourée de quatre chaises. Nous avons invité les enfants à s'installer et avons introduit la séance par une explication concernant l'objet de notre rencontre : « Par notre métier nous avons rencontré de nombreux enfants qui ont vécu des choses un peu comme celles que vous avez vécues (dimanche dernier). Nous sommes là pour vous aider à comprendre ce qui s'est passé, et voir comment vous vous sentez par rapport ça. On va vous proposer des activités/jeux pour essayer de comprendre tout cela tous ensemble ».

Comme le souligne Hélène Romano [24], Il est important de signifier aux enfants que les soignants sont réellement capables d'entendre ce qu'ils ont à dire, et de les amener à imaginer que

nous sommes détenteurs d'un certain savoir à propos de leur souffrance. Cette attitude soignante encourage l'enfant à s'exprimer, sans crainte de nous contaminer par l'horreur vécue, ou d'être jugé comme étant anormal ou étrange.

3.1.3.2. Premier temps : « l'avant ». Nous avons disposé sur la table, face aux enfants, une quarantaine de cartes issues des jeux "COPE", "SAGA" et "HABITAT" de "OH-Cards", faces découvertes. Eva et Nathan ont ensuite été invités à regarder les cartes, les manipuler, laisser venir leurs premières réactions. Nous avons constaté une curiosité des deux enfants pour le matériel proposé.

Une première consigne a alors été énoncée : « *Choisissez une carte qui vous fait penser à une période calme et heureuse, qui s'est passée avant dans votre vie, et racontez ce moment en commençant par dire "je me souviens..."* ».

Cette première consigne concerne les activités et expériences réalisées avant l'accident. Cette étape a pour but d'ancrer les enfants dans leur stabilité relative pré-traumatique, lorsque le monde leur semblait familier et prévisible.

Nathan a raconté le souvenir d'une journée agréable au bord du lagon, décrivant les nombreux poissons qu'il y avait vu. Eva a évoqué une scène où elle faisait de la peinture aux côtés de sa marraine, dont elle souligne l'importance. Les enfants reconnaissent des souvenirs communs. Les soignants soulignent leur complicité et encouragent l'expression.

3.1.3.3. Deuxième temps : « le pendant ». Les enfants sont invités à remettre les cartes choisies à leur place sur la table et une seconde consigne leur est donnée : « *Maintenant, choisissez une ou plusieurs cartes qui vous font penser à ce qui s'est passé (dimanche)* », une fois les cartes sélectionnées, on ajoute : « *racontez avec vos mots à partir des cartes* ».

Durant ce deuxième temps, l'objectif est de reconstituer la scène traumatique dans sa chronologie et de relancer les enfants dans cette reconstruction avec plusieurs sous-questions telles que : « *qu'est-ce que tu as vu ? Comment c'était pendant l'évènement ? A quoi as-tu pensé ? Quand est-ce que tu as compris que quelque chose n'allait pas ? Comment allais-tu ? Qu'est-ce que tu as ressenti dans ton corps ?* » etc. Les soignants amènent les enfants à faire des liens entre leurs affects, cognitions et sensations. Il s'agit également de leur offrir l'opportunité de parler du pire moment, le plus triste, le plus difficile, en veillant à contenir l'intensité émotionnelle et soutenir le récit.

Cette deuxième consigne a été reçue difficilement par les enfants. Ils ont choisi des cartes, autour de la thématique de l'eau. Eva a exprimé un refus de parler, se mettant la main sur la bouche. Nathan s'est situé dans l'évitement, en racontant une tout autre journée et montrait une certaine excitation. Cela a incité Eva à rectifier la temporalité du récit de son frère et à parler de son vécu de l'évènement. La fillette a présenté des reviviscences kinesthésiques ; il s'est rejoué pour elle un vécu d'impossibilité à respirer, avec une manifestation de tensions corporelles. Dans le même temps, une sirène d'ambulance s'est fait entendre depuis notre bureau de consultation, une des soignantes a repéré que Eva y avait été très attentive. En s'appuyant sur l'étayage de la clinicienne, la fillette a pu lier l'évènement de la noyade, à celui des secours avec « *le bruit du camion des pompiers* ». S'en est suivie une co-construction, par les deux enfants, soutenue par le binôme soignant, d'un récit structuré et cohérent qui a permis de faire sens. Nathan a exprimé son vécu d'impuissance à aider sa sœur aspirée par l'évacuation « *j'essayais de la sortir, j'y arrivais pas, sa main glissait* ». La détresse et les pleurs ont pu être nommés. Eva a rassuré son frère sur l'aide qu'il lui a apportée. Les intervenantes ont valorisé les réactions d'aide entre les enfants et souligné la qualité des liens dans la fratrie.

3.1.3.4. Troisième temps : "l'après et les ressources pour faire face". Nous avons fait le choix d'envisager ce troisième temps comme un moment de restauration du sujet, par l'identification de ses propres ressources pour faire face à l'évènement.

Une nouvelle consigne a été énoncée pour guider la suite de l'échange : « *Choisissez une carte qui représente ce qui peut vous aider à surmonter ce qui s'est passé, et qui vous aide à aller mieux aujourd'hui* ».

Il s'agit là de souligner et renforcer les ressources privilégiées des enfants, mais également de suggérer d'autres stratégies de coping, de moyens pour faire face. C'est pourquoi les soignantes choisissent également des cartes, afin d'agrandir l'éventail des ressources possibles. Eva choisira une carte représentant pour elle l'amour maternel. Nathan exprimera un réconfort par la nourriture. L'une des intervenantes se saisit d'une carte représentant les liens familiaux, tandis que l'autre choisit une carte qui symbolise, pour elle, l'apaisement par la nature. Les enfants montrent une grande curiosité pour les cartes choisies par les soignantes, vécues comme des supports identificatoires possibles.

Cela rejoint le travail de Winnicott [18] à propos du fait que le soignant ne se positionne pas simplement en tant qu'observateur de ce qui est exprimé ou rejoué par l'enfant, mais qu'il contribue à une remise en sens, en lui prêtant son appareil à penser, dans un lieu intermédiaire et malléable : *l'espace transitionnel*.

3.1.3.5. Conclusion "l'avenir". Cette étape a pour objectif de clore les échanges par une ouverture vers le futur, pour ne pas faire de l'évènement un épisode qui figerait le temps. Il s'agit de se dégager de l'effet traumatique en réorganisant la pensée et en faisant baisser le niveau d'excitation. Ce rassemblement, cette réintronisation pulsionnelle, peut s'envisager autour d'un dessin sur le thème « *quand je serai grand...* ». À noter que le recours au dessin s'est justifié dans le cas présent par un souhait des thérapeutes de varier les objets médiateurs utilisés, afin de remobiliser l'attention des enfants. Il aurait cependant été tout à fait possible d'aborder le thème du futur avec les mêmes cartes que précédemment.

Les enfants étaient assez agités à ce moment de l'entretien, ils ont tout de même pu produire chacun un dessin, tout en continuant de parler à voix-haute. Cela renforce d'ailleurs l'idée que l'objet médiateur est un prétexte à l'échange, qui protège d'un engagement relationnel trop menaçant.

Eva a inscrit sur son dessin le nom de toutes les personnes importantes pour elle (sa famille), dans un décor aquatique coloré. Nathan a, entre autres, représenté sa sœur, avec une moitié de visage triste et l'autre moitié joyeuse, expliquant que par la suite il souhaitait qu'elle puisse complètement « *devenir heureuse* ».

Notre propos n'a pas pour vocation d'interpréter ces productions graphiques, mais elles nous éclairent néanmoins sur la façon dont les processus de symbolisation de ces enfants ont pu être remobilisés au cours de cet entretien.

Nous avons emprunté à Hélène Romano [24] une phrase de conclusion, issue de son article sur la prise en charge immédiate, qui nous semble tout aussi pertinente en post-immédiat, à la fois pour clore les échanges, mais également dans une visée préventive, pour informer sur la question du délai de latence avant la survenue éventuelle de troubles, avec un langage compréhensible par les enfants :

« *Maintenant nous allons arrêter l'entretien. Ta vie ne se réduit pas à ce qui vient de se passer [rappel du type d'évènement]. Tu avais ta vie avant et tu auras ta vie après... Ta vie est celle d'un garçon/d'une fille qui va à l'école, qui voit ses copains, qui fait ses activités, peut-être que tu penses qu'en parler ça va faire revenir toute la peur, toute la douleur... Je voudrais juste te dire une dernière chose : peut-être que tu vas rester longtemps sans y penser, plusieurs jours, plusieurs semaines, plusieurs mois et peut-être qu'un jour, quand tu grandiras, certaines images reviendront, cette histoire que tu pensais oubliée* »

Tableau 1
Synthèse des étapes du *debriefing* d'après le cas clinique.

Chronologie	Déroulé de l'intervention	Objectifs
Accueil	<ul style="list-style-type: none"> – se présenter – présenter les lieux à l'enfant avec les figures parentales, expliquer les temps de la prise en charge ; – préciser l'objet de la rencontre (introduction de l'évènement, de l'objectif et des moyens d'intervention) 	<ul style="list-style-type: none"> Création du lien Permettre la séparation de l'enfant du reste de la famille
1. L'avant	<ul style="list-style-type: none"> – présenter à l'enfant une sélection de cartes, faces découvertes – Consigne : <i>“Choisis une carte qui te fait penser à une période calme et heureuse, qui s'est passée avant dans ta vie, et raconte ce moment en commençant par dire “je me souviens..”</i> – encourager l'expression verbale 	<ul style="list-style-type: none"> Ancrer dans une stabilité qui était présente avant l'évènement, dans un monde sécurisant.
2. Le pendant	<ul style="list-style-type: none"> – consigne : <i>“Maintenant, choisis une ou plusieurs cartes qui te font penser à ce qui s'est passé (jour de l'évènement)”</i> – quand l'enfant a choisi une carte, on précise : <i>“raconte avec tes mots à partir des cartes”</i> – relancer l'enfant avec différentes questions en conservant la chronologie de l'évènement, par exemple en demandant : <i>“qu'est-ce que tu as vu ? Comment c'était pendant l'évènement ? A quoi as-tu pensé ? quand est-ce que tu as compris que quelque chose n'allait pas ? Comment allais-tu ? Qu'est-ce que tu as ressenti dans ton corps ?”</i> – explorer le pire moment, le plus difficile – soutenir le récit et contenir l'intensité émotionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> Reconstituer la scène traumatique chronologiquement en associant le vécu, les émotions, les cognitions, les sensations corporelles. Identifier les vécus d'impuissance, de honte ou de culpabilité Identifier les réactions immédiates
3. L'après et les ressources pour faire face	<ul style="list-style-type: none"> – Consigne : <i>“Choisis une carte qui représente ce qui peut t'aider à surmonter ce qui s'est passé, et qui t'aide à aller mieux aujourd'hui”</i> – <i>Le(s) soignant(s) choisissent aussi une carte</i> – Échanger et favoriser l'expression autour des cartes de chacun 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les ressources existantes Offrir un support identificatoire à l'enfant Identifier de nouvelles stratégies de coping
Conclusion : l'avenir	<ul style="list-style-type: none"> – Consigne : <i>« Choisir une carte ou faire un dessin sur le thème : quand je serai grand... »</i> – Echanger avec l'enfant sur sa carte ou son dessin 	<ul style="list-style-type: none"> Clore les échanges sans revenir vers le vécu traumatique Faire baisser le niveau d'excitation Réorganiser la pensée Travailler la projection vers l'avenir Renforcer les ressources des proches Assurer une continuité dans le temps
Fin de la prise en soins	<ul style="list-style-type: none"> – Faire un retour bref à la famille devant l'enfant – Informer la famille sur les réactions possibles de l'enfant – Donner des pistes d'aide et des ressources (reprise de l'école, reprise des habitudes et des routines à la maison) – Programmer un prochain RDV sur place ou téléphonique 	

viendra t'envahir la tête, te réveiller la nuit... Si cela t'arrive, c'est normal. Cela arrive souvent qu'on ne pense plus à certaines choses pendant longtemps et qu'elles finissent un jour par revenir à la mémoire : cela veut dire que ton corps se souvient, qu'il n'a pas oublié. Ce jour-là, peut-être que tu auras envie d'en parler“

Pour finir, un temps d'échange a été proposé à la famille, en présence des enfants. Il ne s'agissait pas là de faire un second entretien, mais d'informer les proches quant aux réactions possibles des enfants, et de leur donner quelques pistes d'aide. Eva et Nathan ont été très attentifs à ce que nous avons pu dire à leurs proches. La mère des enfants nous a demandé comment envisager la reprise de l'école et que faire concernant le fait que Eva dorme auprès d'elle depuis l'accident. Nous avons incité la famille à retrouver des routines, et préparer la reprise des activités habituelles, pour rétablir une continuité. Nous leur avons indiqué que la CUMP allait les recontacter sous une semaine, et leur avons signifié notre disponibilité en cas de besoin ; ce premier soin pouvant être suivi d'une consultation supplémentaire, voire, si la situation le nécessite, d'une orientation vers un centre médico-psychologique par exemple. La question du soutien aux fonctions parentales apparaît fondamentale en complément de l'entretien de *debriefing* avec l'enfant.

L'ensemble des étapes de cette prise en soins est synthétisé dans le [Tableau 1](#).

4. Résultats et discussion

Cette adaptation des modalités du *debriefing* aux enfants, par le biais de l'utilisation d'un objet médiateur, vise, dans un premier temps, à permettre à une population de soignants qui ne seraient

pas familiarisés avec la pédopsychiatrie de prendre en charge des enfants à l'occasion d'interventions de la CUMP. En effet, dans chaque CUMP, aujourd'hui, un certain nombre de volontaires ont déjà des compétences spécifiques en pédopsychiatrie. Cependant, il apparaît désormais nécessaire que l'ensemble des volontaires aient un minimum de ressources dans le domaine, afin d'être en mesure d'intervenir au cours de la période post-immédiate, durant laquelle la réalisation d'un *debriefing* est recommandée. Ainsi, l'utilisation de cet outil, les « OH-Cards », de la façon décrite ci-dessus, a vocation à apporter un cadre au soignant qui ne serait pas familiarisé avec l'utilisation d'objets médiateurs. Pour un soignant qui a l'habitude de prendre en soins un public d'adultes, il n'est pas possible d'apprendre rapidement l'ensemble des caractéristiques de l'approche thérapeutique en pédopsychiatrie. La méthode que nous décrivons ici est une proposition de cadre, d'outil et de structure d'entretien permettant de faciliter le lien avec l'enfant et de soutenir les échanges avec celui-ci. Ainsi, elle permet de respecter la structure et les objectifs du *debriefing*, tout en s'adaptant au contexte de la pédopsychiatrie.

Par ailleurs, cet outil répond à un critère fondamental à respecter lors des interventions de la CUMP. En effet, il est nécessaire que les objets médiateurs utilisés soient facilement transportables et légers afin d'être intégrés dans le sac d'intervention avec lequel les volontaires se déplacent sur le terrain. Ainsi, les cartes métaphoriques semblent être un outil parfaitement adapté à une utilisation lors d'une intervention CUMP.

Cet outil présente de surcroît un intérêt majeur dans un contexte interculturel, en plaçant la procédure de *debriefing* à un niveau métaphorique. Les “OH-Cards” dépeignent des environnements naturels variés illustrant diverses parties du monde, mettent en scène des personnages de cultures différentes, ou font référence

à l'univers du conte, du mythe et de la légende, ce qui en fait un support assez riche en termes de diversité de représentations.

Il convient malgré tout de rester prudent. L'utilisation d'une quelconque méthodologie ne pourra aucunement se substituer à ce qui doit rester le cœur de notre travail en tant que cliniciens : la subjectivation par le lien thérapeutique. En effet, au-delà du fait de faciliter la relation à l'enfant, la fonction première du média se trouve dans le travail de symbolisation, qui va alors rendre possible l'intégration et l'appropriation subjective de l'expérience traumatique vécue par le sujet, et son partage.

Cette réflexion nous amène à envisager une modélisation de l'IPPI avec l'enfant, structuré autour d'un objet médiateur, en vue de créer un outil de référence dans la formation des soignants de la CUMP. Il conviendra alors de s'assurer, auprès des soignants qui seraient amenés à mettre en pratique ce *debriefing*, du niveau d'acceptabilité de cet outil et de leur vécu subjectif de son utilisation. En effet, ce dernier n'est pertinent dans le cadre des interventions de la CUMP que si l'approche décrite apparaît comme acceptable et aisément reproductible par des soignants issus du monde de l'adulte.

Par ailleurs, pour pouvoir être mise en œuvre, il est nécessaire que l'ensemble du personnel volontaire de la CUMP puisse être formé à l'utilisation de cette méthodologie. Ainsi, les compétences requises pour pouvoir mettre en œuvre cette approche, doivent être facilement transférables des soignants de pédopsychiatrie, aux soignants de la population adulte. Il conviendrait que la sensibilisation à cette approche puisse être directement intégrée à la formation initiale des volontaires CUMP au sein d'un module de formation autour de la clinique psychotraumatique de l'enfant, mais aussi à l'occasion de leur formation continue. De même, pour que ce transfert de compétences soit opérant, il est nécessaire que la formation puisse être relativement courte afin d'être facilement déployée.

En termes d'indications, cette adaptation de l'IPPI nous semble pertinente auprès d'enfants d'âge scolaire ayant été confrontés à un événement potentiellement traumatique, sans autres critères cliniques. Les contre-indications sont celles de l'IPPI dans sa forme classique ; l'intervention doit pouvoir se faire dans les délais impartis, c'est-à-dire jusqu'à 4 à 6 semaines après l'exposition à un événement potentiellement traumatique.

Enfin, il serait intéressant que cette approche puisse faire l'objet d'un travail de recherche plus approfondi dans un second temps, notamment concernant son efficacité, dans la prévention de l'apparition de troubles psychotraumatiques ultérieurs chez l'enfant.

5. Conclusion

Si les enfants ont longtemps été oubliés dans la prise en charge précoce des troubles psychotraumatiques, il est désormais nécessaire de mettre en œuvre les moyens pour y remédier. En effet, les CUMP doivent se mobiliser et ont l'opportunité de s'organiser en créant une véritable section pédopsychiatrique en leur sein. Elles pourraient ainsi porter une réflexion plus poussée autour de la transversalité et des échanges entre le monde de la pédopsychiatrie et celui de l'urgence médico-psychologique. Cette approche du *debriefing* décliné à une population d'enfants, se veut comme une illustration de ce que pourrait être le fruit de la rencontre entre ces deux mondes.

Source de financement

Rien à déclarer.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Paul A. CIRCULAIRE : DH/E04-DGS/SQ2 n(97/383 du 2 Mai 1997 relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe [Internet]. [cité 3 sept 2022]. Disponible sur : http://www.psychologue-legislation.com/pdf/circulaire_DHE04_DGSSQ2.du.28.mai.1997.pdf.
- [2] Crocq L. Histoire du debriefing. *Prat Psychol* 2004;10(4):291-318.
- [3] Askenazy F. Expérience de terrain d'une cellule d'urgence médico-psychologique pédopsychiatrique. *Enfances Psy* 2017;74(2):14-22.
- [4] Askenazy Gittard F, Battista M. Que faire de la terreur et de l'effroi des événements du 14 juillet 2016 ? Penser, créer, construire [Internet]. Paris: SFPEADA; 2017 [cité 3 sept 2022]. Disponible sur: <https://sfpeada.fr/que-faire-de-la-terreur-et-leffroi-des-evenements-du-14-juillet-2016-penser-creer-construire/>.
- [5] Instruction N(DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique [Internet]. p. 19. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=41730>.
- [6] American Psychiatric Association, Marc-Antoine Crocq, Julien-Daniel Gueffi, Patrice Boyer, Charles-Bernard Pull, Marie-Claire Pull. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux | Livre | 9782294739293. 5e éd. Elsevier Masson; 2015. p. 1176.
- [7] Josse E. État de Stress Aigu et État de Stress Post-Traumatique, quoi de neuf dans le DSM-5 ?-Résilience PSY [Internet]. Résilience PSY; 2013 [cité 3 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.resilience-psy.com/etat-de-stress-aigu-et-etat-de-stress-post-traumatique-quoi-de-neuf-dans-le-dsm-5/>.
- [8] Brocart L, Battista M, Gindt M, Richez A, Askenazy F, Thümmeler S. Impact des symptômes de stress post-traumatique lié à l'attaque terroriste de Nice du 14 juillet 2016 chez les enfants à la période infra-verbale: trois cas cliniques. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2022;70(2):90-8.
- [9] Rady A, Elsheshai A, Wafa HAE, Elkholy O. Psychological Debriefing for children. *Internet J Psychiatry* [Internet] 2009;1(1) [cité 3 sept 2022] Disponible sur: <https://ispub.com/IJPSY/1/1/12214>.
- [10] Brauner A. (1910 2002) A du texte, Brauner F (1911 2000) A du texte. J'ai dessiné la guerre: le dessin de l'enfant dans la guerre./Alfred Brauner., Françoise Brauner [publ. par le] Groupement de recherches pratiques pour l'enfance. [Internet]; 1991 [cité 3 sept 2022]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k33253488>.
- [11] Dagou KD. Test des trois dessins et évaluation du traumatisme psychique chez des écoliers en Côte d'Ivoire. *Psychol Clin* 2016;42:182-98.
- [12] Rizzi AT, Moro MR. Children's cries, wars and drawings. *Soins Pédiatr Pueric* 2019;40(308):14-6.
- [13] Romano H. Le « dessin-leurre ». Traces traumatiques invisibles dans les dessins d'enfants exposés à des événements traumatiques. *Psychiatr Enfance* 2010;53(1):71-89.
- [14] Insee. Dossier complet—Département de La Réunion (974) Évolution et structure de la population en 2019 [Internet].; 2022 [cité 3 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-974>.
- [15] Ponseti-Gaillochon A, Duchet C, Molenda S, Rusinek S. Le debriefing psychologique [Internet]. DUNOD; 2009 [cité 3 sept 2022]. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/debriefing-psychologique-pratique-bilan-et-evolution-soins-preoces>.
- [16] Klein M. La psychanalyse des enfants [Internet]. 4^e éd. PUF; 2013 336 [cité 3 sept 2022] (Quadrige). Disponible sur: https://www.puf.com/content/La-psychanalyse_des_enfants.
- [17] Winnicott D. De la pédiatrie à la psychanalyse [Internet]. Paris: Payet; 1969 [cité 3 sept 2022]. (Psychanalyse). Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/de-la-pediatrie-a-la-psychanalyse-978228881173.html>.
- [18] Winnicott DW. Jeu et réalité. L'espave potentiel. Paris: Gallimard; 1975 (Connaissance de l'inconscient).
- [19] Winnicott DW. La petite « piggle »; traitement psychanalytique d'une petite fille [Internet]. Paris: Payot; 1977 [cité 3 sept 2022]. (Sciences humaines & sociales). Disponible sur: <https://www.librairie-gallimard.com/livre/978228918169-la-petite-piggle-traitement-psychanalytique-d-une-petite-fille-donald-woods-winnicott/>.
- [20] Roussillon R. Chapitre 2. Une métapsychologie de la médiation et du médium malléable</CT>. In: Manuel des médiations thérapeutiques [Internet]. Paris: Dunod; 2013. p. 41-69 [cité 3 sept 2022]. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/manuel-des-mediations-therapeutiques-9782100570225-p-41.htm>.
- [21] OH-Cards | Home [Internet]. [cité 3 sept 2022]. Disponible sur: <https://OH-Cards.com/>.
- [22] Staman-Meimoun A, Sebag E. Bases et utilisation pratique de la formation BASIC Ph dans le cadre de la création d'une Unité de Soins Psychotraumatismes et Résilience à l'OSE en réponse aux attentats de janvier 2015. *Perspect Psy* 2016;55(4):246-52.
- [23] Ayalon O, Lahad M, Cohen A. Cope cards for trauma and healing. *Kiryat Shmona: Community Stress Prevention Center*; 2003. p. 82-94.
- [24] Romano H. Prise en charge médico-psychologique immédiate des enfants et adolescents exposés à un événement traumatique. *Cliniques* 2013;5(1):166-82.