

Gestion de l'enfant soumis à des situations graves

Dr Marine Le Floch

Assistante spécialiste en pédopsychiatrie

14 mars 2024

IMMATURITÉ PSYCHO-AFFECTIVE DE L'ENFANT

DÉPENDANCE à l'adulte

THÉORIES INFANTILES. Frontières entre le monde imaginaire /
fantasmatique et le monde réel fragiles

Tendance à l'AUTO-RÉFÉRENCIEMENT et à la culpabilité ++

STRATEGIES DE COPING plus faible. Systèmes de régulation
émotionnel et comportemental en construction.

Compréhension du concept de mort



< 3
ans

- Vécu sensoriel de l'absence
- Ressent détresse des proches

3-
6
ans

- Mort réversible, « contagieuse »
- Perçoit bouleversement de la famille, auto-référencement

5-
9
ans

- Mort personnifiée (fantôme, squelette)
- Irréversible, naturelle, universelle, plutôt personnes âgées
- 8/9 ans : compréhension des aspects physiologiques.

9-
12
ans

- Universelle, irrévocable, comprend qu'il va mourir un jour
- Concept du suicide

Ado

- Compréhension proche de l'adulte
- Persistance d'un fantasme d'invincibilité

Mécanisme du traumatisme



- Fait suite à une confrontation à un vécu de mort ou blessure grave
- Pour soi ou pour un proche
- Mécanisme variable en fonction de l'âge

CAT durant
une
intervention

MISE EN SÉCURITÉ

- Extraire de la zone de danger, lieu calme
- Présence d'une FA
- Besoins physiologiques (faim, soif, froid, mal etc)
- Reconnaissance des besoins émotionnels



*Pensons-y : pas de lieu trop proche du
quotidien (éviter la chambre à coucher)*

EVALUATION

- Se présenter, donner sa fonction
- Communication adaptée à l'enfant
 - Se mettre à hauteur de l'enfant
 - Poser des questions simples pour connaître le niveau de compréhension et s'y ajuster
 - Reformuler les paroles de l'enfant
 - Éviter les phrases impersonnelles « *on m'a dit* »
- Utiliser des support visuel / planche des émotions / jeux / dessins
- Laisser le temps de poser des questions



J'ÉVALUE MON NIVEAU DE PEUR

4	Terrorisé	
3	Effrayé	
2	Apeuré	
1	Inquiet	

Source : pinterest

	URGENCE ABSOLUE	URGENCE RELATIVE	IMPLIQUÉ SANS SYMPTÔME APPARENT
CONTEXTE	<ul style="list-style-type: none"> • Séparé des figures d'attachement • Menace physique • Destruction maison/école • Blessure physique • Décès des figures d'attachement • Menace toujours présente 	<ul style="list-style-type: none"> • Figure d'attachement impactée • Séparation des figures d'attachement pendant l'évènement puis retrouvailles • Proches décédés 	<p>Figure d'attachement sécurisante</p>
CLINIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Sidération, dissociation, agitation, discours désorganisé ou logorrhéique, auto ou hétéro agressivité, balancements pseudo-autistiques, persistance d'un sentiment d'effroi et d'insécurité, troubles du comportement 	<ul style="list-style-type: none"> • Mutisme • Absence ou mauvaise qualité du jeu • Pleurs ++ • Jeu ou dessin traumatique • Impossibilité d'exprimer ses émotions • Pas de verbalisation concernant l'évènement 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbalisation aisée • Parle de l'évènement • Jeu spontané non traumatique

Quels soins en urgence ?

- Impliqué sans symptôme apparent :
médecin traitant, psychologue libérale
- Urgence relative et absolue : urgences
pédiatriques pour une évaluation
pédopsychiatrique

Outils en cas de dissociation

- Respiration
- Ancrage : balles à picots, couleurs dans la pièce, jour de la semaine, temps qu'il fait, boire un verre d'eau ...
- Pacing and leading
- Diriger vers une concentration sensorielle
- Créer des possibilités de choix et d'action « *tu veux t'asseoir sur une chaise ou sur un fauteuil ?* »

Tips for Coping with Dissociation



**Splash cold water
on your face**



**Deep
breathing**



**Grounding
methods**



Mental distractions
(counting, naming
animals)



Self-soothing
(drinking tea,
aromatherapy, stress
ball, fidget toy)

Consignes aux parents

- Partir de leurs connaissances
- Limiter la surexposition de l'enfant à l'évènement
- Rétablir des routines au quotidien
- Informer sur les signes à repérer en post immédiat
- Consulter MT ou psychologue si persistance > 1M

Rassurer l'enfant sur le fait qu'il est aimé et qu'on va s'occuper de lui.

Ne pas culpabiliser l'enfant ou l'embarrasser parce qu'il ne veut pas parler.

Ne pas les pousser à parler.

Donner des réponses simples, courtes et compréhensibles.

Écouter leurs ressentis sans jugement.

Leur expliquer qu'ils ne sont pas responsables de la mort du défunt, que ce n'est pas une punition.

Répondre honnêtement concernant les funérailles, l'enterrement et les autres rituels religieux.

Être prêt à répondre aux questions de l'enfant à plusieurs reprises.

Ne pas avoir peur de dire que l'on n'a pas la réponse à certaines questions.

ANNONCER
UN DÉCÈS

- A hauteur de l'enfant
- Préférable que l'annonce soit faite par médecin ou personne neutre investie dans la PEC en présence d'une FA

Si pas possible : indiquer à l'enfant qui les a informé du DC

- Donner tous les éléments du contexte
- Expliquer à l'enfant que tout a été fait pour sauver la personne aimée
- Toutes les informations doivent être vraies

Accident de la voie publique

« Tout à l'heure vers 10h du matin, Mme Lecoq, ta voisine a appelé le 15 car elle a vu ton papa allongé dans la rue. Ton papa a eu un accident très grave. Les docteurs sont arrivés en voiture rapidement et ont amené ton papa à l'hôpital. Les docteurs de l'hôpital ont tout fait pour le sauver, mais c'était trop grave et ton papa est mort. »

Références

