

**« Dispositif de réponse et de prise en charge d'événement  
potentiellement traumatisant, en milieu scolaire »**

**«ERIC/CASA»**

**Académie de la Réunion**

**Mémoire DU de Psychiatrie**

**Ile de la Réunion**

**Université Bordeaux Segalen**

—

**Dr. Frédéric LE BOT**

**Responsable**

**Pr. B. AOUIZERATE**

# PLAN

## **I) Introduction**

## **II) la Réunion en chiffres**

### **1) Éléments de contexte démographique, socio-économique, environnemental**

### **2) L'Académie de la Réunion en chiffres**

#### **a) Effectifs et établissements de l'académie**

#### **b) Les personnels ressources**

## **III) Textes de références**

## **IV) Contexte scolaire**

## **V) Les différentes sortes de « crises »**

## **VI) Etat de Stress Post Traumatique : ESPT**

### **1) Epidémiologie**

### **2) Définitions**

#### **a) DSM IV :Etat de stress post-traumatique**

#### **b) Définition de Louis Crocq :**

### **3) Description clinique**

#### **Les troubles psychiques spécifiques**

Chez l'enfant de 2 à 6 ans

Chez l'enfant de 6 à 12 ans

Chez l'adolescent

### **4) Pronostic**

## **VII) Un dispositif académique novateur de réponse et de prise en charge d'événement psychotraumatique appelé: « ERIC/CASA »**

### **1) Dispositif et formations**

### **2) Protocole d'intervention lors d'événements traumatiques en milieu scolaire**

### **3) Documents académiques d'organisation et d'aide à la décision**

### **4) Bilan 2010-2011 et 2011-2012**

**a) bilan 2010/2011**

**b) bilan 2011/2012**

## **VIII) Conclusion**

## **IX) Bibliographie**

### **Annexes**

**Annexe 1: protocole d'intervention.**

**Annexe 2: fiche de composition ERIC école.**

**Annexe 3: fiche de composition ERIC EPLE.**

**Annexe 4: guide chronologique d'intervention de l'ERIC en école.**

**Annexe 5: guide chronologique d'intervention de l'ERIC en EPLE.**

**Annexe 6: fiche d'évaluation d'intervention.**

## **I) Introduction**

L'école, lieu privilégié pour le développement et la socialisation des enfants et adolescents, n'est pas à l'abri d'événements pouvant s'avérer traumatogènes, comme une agression physique avec ou sans arme, un suicide, une prise d'otage (Clichy 1995), des accidents mortels, des viols, des deuils violents, des catastrophes naturelles....

Au-delà de l'analyse des faits, dont la médiatisation majore le niveau de stress, il est indispensable que l'école puisse accompagner ses élèves, mais aussi son personnel, lors de ces événements, souvent tragiques, mais aussi qu'elle participe à la prévention de la survenue d'état de stress post traumatique (ESPT) qui est un trouble grave, encore trop souvent méconnu.

Cette pathologie psychiatrique est déjà évoquée par Hippocrate (400 ans avant JC), cependant c'est OPPENHEIM, psychiatre allemand du XIXème siècle, qui utilisera pour la première fois, les termes de « névrose traumatique » et qui ouvrira la voie à la classification de ce trouble anxieux.

Les études montrent que le risque de développer un ESPT à la suite d'un événement potentiellement traumatique est de 24 %. La prévalence vie entière est de 7.8 % avec un sexe ratio de 2 femmes pour un homme.

Il est d'autant plus important que l'Education Nationale participe à la prévention dans ce domaine, que l'âge de début à un pic de fréquence entre 16 et 20 ans.

Depuis 1995, des cellules d'Urgence Médico psychologique (CUMP) ont été mises en place auprès des SAMU, pour des interventions sur le terrain lors de traumatisme collectif. Certains événements gérés par la CUMP concernent spécifiquement le milieu scolaire et peuvent faire l'objet de prise en charge particulière. Dès 1995, suite à la prise en otage d'une classe dans une école de Clichy, le milieu scolaire a été en France le premier exemple d'application d'une intervention de la CUMP concernant un événement collectif affectant des enfants.

Si la recommandation nationale est de disposer d'une équipe académique d'intervention, dans les situations de crises (plus particulièrement lors d'actes de violence ou d'agression sexuelle), afin de mieux accompagner le milieu scolaire et faciliter le travail des partenaires extérieurs comme la CUMP, à la Réunion, la configuration géographique spécifique de l'île, avec des temps de déplacements pouvant être très élevés, a nécessité une certaine adaptation. En effet l'Académie a décidé de faire appel à l'ensemble des personnels ressources dont elle dispose ayant des compétences en psychologie, ou ayant un rôle à jouer lors d'une situation de crise. Il s'agit des médecins de l'Education Nationale, infirmiers, assistantes sociales, conseillers d'orientation psychologue (Copsy), psychologues scolaires du 1<sup>er</sup> degré, conseillers principaux d'éducation (CPE), membres des équipes mobiles de sécurité. Ces personnels constituent le dispositif ERIC/CASA : (ERIC : Equipe Ressource Interne de Crise (personnel directement rattaché à une école, à un collège ou à un lycée) / CASA : Cellule d'Aide et de Soutien Académique (personnel venant en renfort des ERIC dans les situations complexes).

Ce dispositif a été créé en 2008/2009 et a débuté par la mise en œuvre de formations organisées et réalisées par la CUMP. Ce travail est formalisé par une convention entre l'Académie de la Réunion et la CUMP 974 depuis 2009.

Il est intéressant de constater qu'au niveau international on assiste à une harmonisation des modalités d'assistances en milieu scolaire, malgré la diversité des formations universitaires des praticiens, et de la grande diversité des organisations pédagogiques.

Ce qui semble primer dans ces situations est plus le mode de réaction des jeunes et des adultes face à la mort, la rapidité d'intervention, l'implication des équipes éducatives et des partenaires spécialisés, et donc l'indispensable préparation des personnels au soutien des personnes en détresse psychique, que le contexte institutionnel..

Ce mémoire présente le dispositif de réponse et de prise en charge d'événement potentiellement psychotraumatique « ERIC/CASA », mis en œuvre à l'île de la Réunion en partenariat direct de la CUMP 974, afin de participer à la prévention et à la prise en charge des Etats de Stress Post-Traumatique (ESPT).

## **II) La Réunion en chiffres**

### **1) Éléments de contexte démographique, socio-économique, environnemental :**

La Réunion est une île située dans l'hémisphère sud, à environ 9500Km de la métropole, qui s'est peuplée de différentes vagues migratoires de cultures et d'ethnies diverses. Sa superficie est de 2512 Km<sup>2</sup> et a une circonférence d'environ 200 Km.

Elle se caractérise par (données : Agence Régionale de Santé Océan Indien 2011):

- Une population très jeune. 37 % de la population de La Réunion a moins de 20 ans, (25% France entière), 26.6% est scolarisée, pour un total d'habitants estimé en 2010 à 827 000.
- Une croissance démographique qui se poursuit à un rythme soutenu (l'INSEE prévoit à l'horizon 2030, 1 million d'habitants à La Réunion.).
- La fécondité des femmes à La Réunion se situe à un niveau largement supérieur à celui de la métropole (2,44 enfants par femme contre 1,98).
- Des conditions socio-économiques défavorables qui mettent une grande partie de la population à l'écart du développement.
- Un taux de chômage 3 fois plus important à La Réunion, qu'en métropole. Cette fragilité sociale touche plus d'une personne sur 5 dans la tranche d'âge des 25-34 ans.
- Un tiers de la population bénéficie d'au moins un minimum social et 40% de la couverture maladie universelle complémentaire.
- D'un point de vue territorial, l'Est et les cirques sont très touchés par une plus grande précarité (forte proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire à faibles revenus, retard scolaire)
- La Réunion est exposée significativement aux risques naturels en raison de ses conditions climatiques extrêmes (cyclones, fortes pluies), et de la présence d'un volcan encore très actif.
- Il existe un retard important en matière d'infrastructures d'adductions d'eau de consommation humaine.
- Malgré les avancées dans les connaissances et les techniques médicales, le développement de la prévention et l'amélioration des conditions socio-économiques, les écarts en matière de santé entre catégories sociales ne se sont pas réduits.
- Malgré une constante augmentation, l'espérance de vie reste encore inférieure à celle de la métropole (77 ans à La Réunion, 74 ans à Mayotte, 81 ans en métropole).
- A noter que les diagnostics de santé réalisés dans le cadre des ateliers santé-ville à La Réunion ont mis en avant un sentiment de mal-être, d'isolement, et de souffrance psychique.
- Toutes ces inégalités qui touchent l'individu dans sa vie quotidienne ont bien évidemment un retentissement en terme de santé, et nécessitent une évolution vers une meilleure prise en charge sanitaire et sociale.

## 2) L'Académie de la Réunion en chiffres (Données rectorat 2010)

### a) effectifs et établissements

- Nombre d'élèves : **222 370**.

.1er degré : 121 170

-44 630 en maternelle

-76 540 en élémentaire

.2nd degré : 101 200

-61 600 en collège et SEGPA (section d'enseignement général et professionnel adapté)

-22 850 en lycée d'enseignement général et technologique

-16 750 en lycée professionnel

-Nombre de personnels (enseignants et administratifs) **19 470** .

-657 personnels de direction, inspection, éducation, orientation

-6 751 personnels du 1er degré

-10 672 personnels du 2nd degré

-1 390 IATOSS

-Nombre d'établissements scolaires : **660**

- 526 écoles (dont 26 privées sous contrats)

- 82 collèges (dont 6 privés sous contrats)

- 32 lycées d'enseignement général et technologique et polyvalents (dont 3 privés sous contrats)

- 15 lycées professionnels (dont 2 privés sous contrats)

### b) Les personnels ressources :

- Nombre de médecins de l'Education Nationale : 31.

- Nombre de d'infirmiers de l'Education Nationale : 144.

- Nombre d'assistantes sociales de l'Education Nationale : 67.

- Nombre de conseillers d'orientation psychologues du 2<sup>nd</sup> degré : 77.

- Nombre de psychologues scolaires du 1<sup>er</sup> degré : 56.

- Nombre de conseillers principaux d'éducation : 243.

- Nombre de personnels dans les équipes mobiles de sécurité : 8.

### III) Textes de références :

Depuis de nombreuses années l'Education Nationale a pris en compte, les situations de crises consécutives à des actes de violence dans les établissements scolaires, notamment les agressions sexuelles, et a mis en place un certain nombre de mesures de protection, qui sont formalisées dans de nombreux textes réglementaires que l'on retrouve dans le code pénal et le code de l'éducation.

Le concept de «situation de crise » notamment en ce qui concerne les agressions sexuelles, a été bien détaillé dans la circulaire d'août 1977 dans laquelle il est recommandé de créer les centres ressources départementaux chargés de définir les modalités d'intervention et de gestion de crise et d'animer les cellules d'écoute dans les établissements scolaires.

Toutefois il est intéressant de constater que peu de textes existent, concernant la prise en charge en milieu scolaire, d'événements dits « potentiellement traumatisants », autres que ces actes de violence ou les agressions sexuelles, alors que ceux-ci se multiplient. Seule la circulaire de 2001 sur les rôles et missions des médecins de l'éducation nationale fait directement référence à un soutien psychologique et à une assistance immédiate aux victimes ou témoins « d'événements traumatisants » survenus en milieu scolaire.

-Décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement (RLR 520 - 0)

- Circulaire n°96-248 du 25 octobre 1996 relative à la surveillance des élèves ( RLR :551-0C)

- Circulaire n 97-175 du 26 août 1997 MEN, relative aux violences sexuelles ( RLR :506-1):

(VIII : L'assistance psychologique à la communauté :

Dès qu'une procédure judiciaire de violences sexuelles à caractère pédophile vient de se déclarer dans une école, un collège ou un lycée, il est indispensable de mettre en place, dans l'urgence et pendant plusieurs jours, *une cellule d'écoute*, structure souple composée, selon les cas, de médecins scolaires, de psychologues scolaires, d'assistantes sociales et d'infirmières, de nature à répondre aux interrogations et aux craintes de la population.

Il doit s'agir d'un lieu d'écoute, de dialogue où les enfants, les familles, les enseignants, les personnels doivent pouvoir s'exprimer et évacuer leur anxiété, grâce aux réponses précises qui seront apportées sans fard et dans le même souci de transparence, à leurs questions, en veillant constamment à respecter la présomption d'innocence qui s'attache à la personne mise en examen.

Cette cellule d'écoute doit être impérativement maintenue pendant plusieurs jours afin de permettre à chacun d'en connaître l'existence et de rompre l'isolement qui a pu être le sien.

Les initiatives qui ont été récemment prises en ce sens ont été vivement appréciées des familles.

Les premières expériences démontrent, en effet, que ces lieux d'écoute ont été énormément sollicités et que les réunions d'information ont toujours regroupé un grand nombre de personnes.

C'est la systématisation de ces structures de crise qui permettra de faire reculer le soupçon qui pèse encore trop fréquemment sur l'Education nationale.)

- Circulaire n° 99-034 du 9 mars 1999 relative à la convention Education Nationale – INAVEM sur l'aide aux victimes

- Circulaire n° 2001-044 du 15-3-2001 MEN, relative à la lutte contre les violences sexuelles

- Circulaire n° 2001-013 du 12-1-2001 MEN. Missions des médecins de l'Education Nationale :

**(3.2.3 Mettre en place des dispositifs adaptés en cas d'événement grave survenant dans la communauté scolaire..**

Les médecins de l'éducation nationale assurent un soutien psychologique et une assistance immédiate aux



victimes ou témoins d'événements traumatisants survenus chez un élève ou un groupe d'élèves. Ils contribuent aux cellules d'écoute et de crise mises en place sous l'autorité du chef d'établissement et apportent leurs conseils en veillant à respecter les consignes définies dans la circulaire n° 97-175 du 26 août 1997 relative à la mise en place des centres ressources et à la circulaire n° 99-034 du 9 mars 1999 relative à la convention nationale signée dans 14 départements avec l'Institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM).

Grâce à leur capacité d'évaluation clinique, les médecins apportent aux adultes témoins de comportements particuliers d'élèves, ou dépositaires de révélations, leur compétence pour les aider à trouver une remédiation cohérente et appropriée. En outre, ils assurent le suivi avec l'équipe éducative des conséquences de l'événement au plan individuel et collectif).

- Circulaire n° 2001-013 du 12-1-2001 MEN. Missions des infirmiers (ères) de l'Education Nationale :

**(3.2.4 Mettre en place des dispositifs adaptés en cas d'événements graves survenant dans la communauté scolaire ;**

Il convient d'assurer une assistance immédiate aux victimes ou témoins d'événements traumatisants survenus chez un élève ou un groupe d'élèves. Les infirmier(ère)s, sous la responsabilité du directeur d'école ou du chef d'établissement, collaborent à la mise en place de cellules d'écoute ou de crise en veillant à respecter les consignes définies dans la circulaire n° 97-175 du 26 août 1997 relative à la mise en place des centres ressources et à la circulaire n° 99-034 du 9 mars 1999 relative à la convention nationale signée dans 14 départements avec l'Institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM).

#### IV) Contexte scolaire

Le rôle et les missions de l'école sont régulièrement au coeur des préoccupations des Français car ils touchent directement l'avenir de nos enfants et donc de notre société. Voilà pourquoi tous les événements qui concernent l'école (modification de programme, violence dans une enceinte scolaire, accident grave...) ont un profond écho dans la société française.

L'adéquation des missions de l'école aux évolutions de la société est en perpétuelle adaptation, mais il n'en demeure pas moins que l'école est d'abord un lieu d'instruction et de connaissances mais aussi de socialisation, avec tous les aspects que cela comporte.

L'élaboration du projet éducatif de l'école doit se faire autour de valeurs partagées par le personnel scolaire, et les parents.

L'école est donc un espace temps de croissance intellectuelle, physique, et affective, ou l'enfant doit acquérir un certain nombre de compétences psychosociales. Toute cette évolution se fait sous la « protection » des adultes, qui veillent à ce que l'agitation extérieure reste dans les limites du cadre fixé par l'école républicaine. Il convient donc que ce soit aussi un lieu sécurisant « et sécurisé » où l'enfant va rentrer dans la culture et le fonctionnement de notre société.

Il n'en demeure pas moins que certains événements peuvent faire irruption dans l'école comme la mort, qui peut impacter les individus que ce soit les enfants ou les adultes mais aussi l'institution. La multiplication des médias, les forums sociaux, Internet, rajoutent très fréquemment du stress à la situation.

C'est pourquoi il est indispensable que notre institution anticipe les réponses aux différentes situations pouvant ébranler la communauté qu'est l'école.

L'école de la république consciente de tous ces enjeux s'est dotée d'une réglementation mais aussi de différents corps de métier autres que les enseignants, comme des personnels médico sociaux mais aussi de psychologues, afin d'aider au mieux au développement des élèves et apporter un regard d'expert sur les différentes situations.

En effet les personnels à l'écoute des élèves et en contact avec leurs parents, participent directement aux actions de prévention, des violences, dont les violences intrafamiliales, au repérage de la situation d'enfants en danger ou en risque de danger. Leur vigilance facilite une intervention précoce (informations issues du site « [www.education.gouv.fr](http://www.education.gouv.fr) »).

**Les enseignants** transmettent aux élèves des écoles, collèges et lycées des connaissances sur les risques qu'ils peuvent encourir dans la vie quotidienne et les différentes formes de dangers auxquels ils peuvent être confrontés. Cette transmission s'effectue dans le cadre des programmes et des séances de sensibilisation. Les enseignants aident les élèves à acquérir des compétences pour savoir se prémunir et demander de l'aide. Ils leur font connaître leurs droits et le dispositif de protection de l'enfance.

**Les personnels sociaux et de santé** apportent expertise et conseils techniques aux élèves et à l'institution. Médecins, infirmières et assistants de service social sont à l'écoute des élèves et des familles. Ils les accueillent, conseillent les élèves, les soutiennent et les orientent le cas échéant, pour mettre en œuvre les actions nécessaires à leur protection.

La réflexion partagée au sein de l'équipe éducative, le dialogue entre l'école et les parents, le travail partenarial permettent de trouver des réponses aux difficultés rencontrées par les élèves et d'intervenir de manière précoce.

Tous ces éléments montrent que l'école peut et doit participer, avec ses personnels à la prévention d'éventuelles complications liées à un événement potentiellement traumatisant ou à une situation de « crise ».

## V) Les différentes sortes de « crise ».

Il est assez difficile de définir le concept de crise qui peut être de différentes natures, comme une crise économique, politique, sociale, sanitaire, etc...

En milieu scolaire un certain nombre d'événements peuvent être déclencheurs de crises, toutes n'ont pas le même retentissement, ni les mêmes conséquences, mais toutes peuvent désorganiser l'institution et avoir des conséquences néfastes sur les individus et tout particulièrement les élèves (décès d'un proche, échec, rupture, tentative de suicide, fugue, trouble du comportement, mort accidentelle, agression, viol, incendie, catastrophe naturelle, meurtre etc.).

Globalement la crise correspond donc à un événement imprévisible, spectaculaire, qui génère de l'émotion, de la pression jusqu'à provoquer la déstabilisation de l'individu, du groupe ou de la communauté. Par son caractère important, inhabituel ou complexe, elle perturbe les individus, les instances de régulation des systèmes, et des institutions. Elle s'accompagne souvent d'un battage médiatique davantage propice à la rumeur, qu'à l'information factuelle.

Ethymologiquement, ce mot provient du grec « krinein » qui signifie « juger » avec une notion de décision. Ce terme a d'abord été utilisé en médecine pour désigner un moment aigu de la maladie ou un changement vers une issue fatale voire la guérison.

On peut aussi noter qu'aujourd'hui, certains jeunes utilisent le mot « criser » pour définir un état de tension ou d'énervement.

En milieu scolaire, une agression, un viol, un décès, une tentative de suicide, une rumeur, un accident grave, peuvent générer une situation de « crise » dont l'approche nécessite qu'elle soit définie et analysée afin de répondre au mieux, car heureusement, ces situations, ne sont pas toutes pathogènes.

Monique Séguin, Line Leblanc, et Alain Brunet ont proposé en 2006 une typologie de la crise, afin que les stratégies d'intervention soient rapidement identifiables et adaptées.

D'après les auteurs la « vraie crise » introduit toujours une discontinuité, une désorganisation, un effet de sidération avec une discordance entre la réalité et la représentation de la pensée de l'individu. Lors du passage d'un état de bien être à un état de crise, les défenses des individus sont mises à mal voire dépassées. Plus cette perturbation perdure plus l'équilibre psychologique sera perturbé.

Trois modalités critiques sont différenciées par les auteurs

-La crise psychosociale : se traduit pas un mal être ou une souffrance provoqués par un deuil, une maladie, une rupture, un conflit etc.... Ces situations auxquelles nous sommes au cours de notre vie en général confrontés au moins une fois, rentrent fréquemment dans l'ordre après adaptation. Toutefois cette sensation de mal être, cette tension intérieure peut perdurer voire s'aggraver ouvrant la porte à des complications secondaires comme par exemple l'entrée dans une addiction, un état dépressif voire se conclure par un passage à l'acte suicidaire.

-La crise psychopathologique : concerne les personnes présentant une vulnérabilité particulière souffrant de difficultés psychologiques chroniques. Elle peut prendre la forme d'une tentative de suicide à domicile, de manifestations de consommation excessive de drogues, de fugues, de troubles du comportement, d'accès dépressif, et prendre l'entourage de court...

-La crise psychotraumatique : est différente des 2 autres et se caractérise par le fait que l'événement, implique une menace vitale (ou de blessure grave) pour l'individu ou pour les autres, associée à un profond sentiment de peur, d'horreur et d'impuissance ou de sidération et d'effroi. A noter que l'origine du mot grec « trauma » signifie blessure ou atteinte du corps. Appliquée au monde « psychique » cette expression désigne un choc violent, imprévu, accompagné d'effroi « C'est la rencontre avec le réel et la mort ».

S'il est vrai que cette typologie peut être utile pour ajuster au mieux la réponse, il n'en demeure pas moins que dans la pratique, et tout particulièrement en milieu scolaire, il n'est pas toujours simple d'apporter des réponses adaptées, surtout lorsqu'il y a des pressions de la hiérarchie, des enseignants, des élèves, des parents d'élève, voire des médias, afin d'obtenir des moyens qui ne sont pas forcément justifiés ni judicieux, entretenant un climat de stress majeur ... C'est pourquoi le principe d'une réponse rapide et professionnelle doit être organisé afin qu'un état des lieux soit posé pour que les réponses les plus adaptées soient mises en œuvre.

Face à ces « crises » en milieu scolaire, nous nous attacherons plus particulièrement à détailler une des complications pouvant survenir après un épisode potentiellement traumatisant, l'ESPT (état de stress post traumatique) pathologie anxieuse trop souvent méconnue, mais dont la prévalence de 7.8% (vie entière) n'est pas négligeable.

Son coût médical et social, en raison de sa chronicité, de son intensité, de son caractère invalidant, et des nombreuses comorbidités qui peuvent l'accompagner dont notamment le risque suicidaire, en fait une véritable préoccupation de santé publique. Par ailleurs le milieu scolaire qui est engagé dans les actions de prévention doit s'approprier tous les outils et les procédures permettant de répondre au mieux au besoin de la communauté éducative, et des individus qui la constituent.

## **VI) Etat de Stress Post Traumatique : ESPT.**

L'état de stress post traumatique (ESPT) connu aussi sous le terme de trouble de stress post-traumatique (TSPT), ou de syndrome de stress post-traumatique (SSPT) désigne un type de trouble anxieux qui se manifeste à la suite d'une expérience vécue comme traumatisante.

Il s'agit de troubles psychologiques souvent méconnus ou mal connus, fréquents, graves et durables, qui vont peser lourdement sur la santé des victimes traumatisées et sur leur avenir social et professionnel. Ils sont souvent masqués par une comorbidité retardant d'autant le diagnostic et la prise en charge.

On distingue 2 types de psychotraumatismes :

-psychotraumatisme de type I, quand l'événement est unique (accidents, attentat, mort en direct, incendie, catastrophe naturelle ...) C'est ce type de psychotraumatisme qui est pris en charge dans le dispositif ERIC /CASA.

-psychotraumatisme de type II, quand l'événement est répété ou durable (violence conjugale, maltraitance psychique, physique, et/ou sexuelle de l'enfance). Ce type de psychotrauma est pris en compte par les professionnels de l'éducation nationale dans le cadre des actions de prévention et de prise en charge des élèves victimes de violence et de violence sexuelle.

### **1)Epidémiologie** :(*Kessler et al., 1995*)(*Ducrocq.F, 2009*)

-Prévalence vie entière : 7.8% (5 à 6% pour les hommes ,10.5 à 13.8% pour les femmes).

-Sex-ratio : F>H 2/1.

-Age de début : pic de fréquence entre 16-20 ans.

-Comorbidités :

Dépression majeure 48%

Phobies spécifiques 30%

Phobie sociale 28%

TOC 20%

Trouble panique avec agoraphobie 18%

Trouble anxieux généralisé 16%

Abus/dépendance de l'alcool (H/F 52/28%)

Abus/dépendance aux autres substances (H/F 35/27%)

-La prévalence d'un évènement traumatogène dans la vie est de 30%.

-Le risque de développer des troubles psychotraumatiques (un état de stress post-traumatique) est de 24 % après un événement traumatisant.

- Les psychotraumatismes de type II liés aux violences répétées sont les plus fréquents (16% de femmes ont subi des viols ou des tentatives de viols dans leur vie, 59% avant 18 ans, 5% des hommes ont subi des viols ou des tentatives de viols dans leur vie, 67% avant 18 ans), (enquête CSF de l'INSERM et de l'INED 2008). 3 % des français déclarent avoir été victimes d'inceste (enquête IPSOS 2010).

-Evolution (*Breslau et al., 1998*) :

- 26% en rémission à 6 mois après le début de l'ESPT

- 40% en rémission à 12 mois après le début de l'ESPT

- Durée médiane jusqu'à la rémission 24,9 mois

- 1/3 des cas durée du PTSD > 60 mois

<b>Événements traumatisants &amp; SSPT : évolution hommes/femmes</b>				
	<b>Hommes (%)</b>		<b>Femmes (%)</b>	
	Prévalence de traumatisme (%)	Probabilité de SSPT en rapport avec traumatisme (%)	Prévalence de traumatisme (%)	Probabilité de SSPT en rapport avec traumatisme (%)
Viol	0,7	65,0	9,2	45,9
Attentat à la pudeur	2,8	12,2	12,3	26,5
Agression physique	11,1	1,8	6,9	21,3
Combat	6,4	38,8	0,0	
Traumatisme/un proche	11,4	4,4	12,4	10,4
Menace par une arme	19	1,9	6,8	32,6
Accident	25	6,3	13,8	8,8
Catastrophe nat. + Incendie	18,9	3,7	15,2	5,4
Témoin de violence	35,6	6,4	14,5	7,5
Négligence	2,1	23,9	3,4	19,7
Violence physique	3,2	22,3	4,8	48,5
Autre traumatisme	2,2	12,7	2,7	33,4
Tout traumatisme	60,7	8,1	51,2	20,4

## **2) Définitions :**

### **a) DSM IV :Etat de stress post-traumatique**

*(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*

**A.** Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

(1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée :

(2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. NB. Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

**B.** L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes:

(1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. NB. Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme ;

(2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. NB. Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable ;

(3) impression ou agissements soudains “ comme si ” l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication).NB. Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir ;

(4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause ;

(5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

**C.** Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et épuisement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

(1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme ;

(2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme;

(3) incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme ;

(4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;

(5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ;

(6) restriction des affects (p. ex. incapacité à éprouver des sentiments tendres) ;

(7) sentiment d'avenir “ bouché ” (p. ex. pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de vie).

**D.** Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ;

(2) irritabilité ou accès de colère ;

(3) difficultés de concentration ;

(4) hyper\_vigilance ;

(5) réaction de sursaut exagérée.

**E.** La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

**F.** La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

*Spécifier si* : aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois ; chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

*Spécifier si* : survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

### **b) Définition de Louis Crocq :**

« C'est un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur »

Globalement on peut donc définir plus simplement le « psychotrauma » comme l'ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats, puis chroniques se développant chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique.

### **3) Description clinique**

Les traumatismes pouvant être à l'origine de psychotraumatismes sont ceux qui vont menacer l'intégrité physique (confrontation à sa propre mort ou à la mort d'autrui) ou l'intégrité psychique : situations terrorisantes par leur anormalité, leur caractère dégradant, inhumain, humiliant, injuste, incompréhensible (l'horreur de la situation va être à l'origine d'un état de stress dépassé, représentant un risque vital).

Les troubles psychotraumatiques surviennent lorsque la situation stressante ne peut pas être intégrée corticalement, on parle alors d'effraction psychique.

La violence intentionnelle, l'impuissance, la soudaineté, l'imprévisibilité, le caractère inexplicable, monstrueux, particulièrement injuste de l'événement en sont la cause.

Confrontées au même événement traumatisant, certaines personnes n'en subissent pas de séquelles et d'autres vont développer des troubles spécifiques liés aux traumatismes.

#### **Les troubles psychiques spécifiques**

Les troubles psychiques spécifiques liés aux traumatismes sont décrits dans la définition du DSM IV paragraphe B, C, D, et doivent durer plus d'un mois. Ils sont liés à des mécanismes psychologiques et neurobiologiques entraînant une mémoire traumatique, une dissociation avec anesthésie affective et physique, à l'origine de conséquences graves, et d'un état de souffrance. On retiendra comme troubles spécifiques, le syndrome de reviviscence (mémoire traumatique), le syndrome d'évitement, le syndrome d'hyperactivité neuro végétative, et les symptômes de dissociation.

Chez l'enfant et l'adolescent un certain nombre de symptômes peuvent être au devant du tableau clinique et doivent être plus spécifiquement recherchés. La symptomatologie pourra varier en fonction de l'acquisition de la pensée abstraite de l'enfant. L'âge de 6 ans n'étant qu'une indication.

■ **Chez l'enfant de 2 à 6 ans** : on peut observer des retards de développement langagier et psychomoteur.

- un changement brutal de comportement avec des pleurs et une grande tristesse, un état d'agitation avec une hyperactivité, accompagné d'agressivité et d'opposition ou au contraire une prostration avec un désintérêt pour le jeu et des phobies d'apparition brutale.

- une anxiété de séparation avec refus de se séparer d'adultes protecteurs, de rester seul et de dormir seul dans leur chambre, d'aller chez la nourrice, à la crèche, à la garderie ou à l'école.

- des troubles de l'alimentation et du sommeil (terreurs nocturnes, cauchemars).

- des comportements, des jeux et des dessins répétitifs et compulsifs reproduisant les violences.

- un comportement régressif : balancements, sucer son pouce à longueur de journée; perte d'acquis dans le développement et dans l'autonomie : marche, propreté (énurésie, encoprésie), langage.

- des troubles somatiques avec des douleurs abdominales, des céphalées, des nausées, des vomissements.



■ **Chez l'enfant de 6 à 12 ans** : en plus des manifestations d'ESPT on retrouve des symptômes anxieux, ou des troubles dépressifs marqués.

- des difficultés scolaires, des troubles de l'apprentissage, de la concentration. -  
-- des troubles dissociatifs, avec troubles de la vigilance, absences, vie imaginaire très importante, compagnon imaginaire avec qui l'enfant communique, anesthésie affective, sentiment d'étrangeté particulièrement par rapport à son propre corps.

- des troubles de l'alimentation : anorexie, boulimie, prise de poids.

- des symptômes neuro-végétatifs : troubles du sommeil (difficultés à aller au lit, cauchemars, réveils nocturnes, somnambulisme), irritabilité, colères, hyper vigilance.

- des troubles du comportement : hyperactivité, comportement agressif, opposition, retrait, mise en danger, fugues, violences.

- des troubles anxieux et dépressifs fréquents : idées obsédantes, peurs spécifiques liées au traumatisme, peur du noir, peur d'objet, peur d'aller seul aux toilettes, attaques de panique.

■ **Chez l'adolescent** :

- des difficultés scolaires, échec scolaire, absentéismes

- des troubles relationnels, retrait et phobie sociale, difficultés relationnelles, irritabilité, colères

- des conduites à risques dissociantes : mises en danger, sports extrêmes, jeux dangereux (risque d'accident très important), auto-mutilations, conduites addictives (tabac, alcool, drogue), fugues, sexualité à risque, violences envers autrui, agressivité, délinquance

- des troubles dissociatifs avec troubles de la vigilance, vie imaginaire très importante, anesthésie affective, sentiment d'étrangeté particulièrement par rapport à son propre corps

- des troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie) et du sommeil

- des troubles anxieux et dépressifs avec des tentatives de suicide.

A ces troubles sont souvent associés des troubles somatiques chroniques et résistant à toute prise en charge si les troubles psychotraumatiques ne sont pas identifiés et pris en charge (asthénie, douleurs chroniques intenses etc...).

#### **4) Pronostic**

Le pronostic sera d'autant plus favorable:

- que la prise en charge est précoce et spécialisée.

- qu'il s'agit d'un traumatisme de type I.

- que la victime dispose d'un soutien (familial, amical, professionnel, social).

- que la continuité des soins est assurée avec une prise en charge spécialisée.

Depuis 1995 des Cellules d'Urgence Médico Psychologique (CUMP) ont été mises en place auprès des SAMU pour intervenir sur le terrain auprès de groupes, après un traumatisme collectif. Ces actions immédiates ont nettement amélioré l'évolution de ces patients.

Le contexte et la « sensibilité » du milieu scolaire justifient qu'une attention particulière y soit portée, c'est ce que tente d'apporter le dispositif ERIC/CASA à l'île de la Réunion.

**VII) Un dispositif académique de réponse aux événements psycho traumatiques appelé: « ERIC/CASA »** (ERIC : Equipe Ressources Interne de Crise / CASA : Cellule d'Aide et de Soutien Académique).

**1) Dispositif et formations :**

A la Réunion, en raison des problèmes de circulation liés au relief, et au réseau routier, limitant les possibilités d'intervention d'une équipe académique dédiée à la prise en charge d'événements psychotraumatiques, une réflexion avec la CUMP 974, sur les ressources rapidement mobilisables et les moyens à mettre en œuvre dans ces situations, a permis de développer le dispositif ERIC/CASA.

Partant du principe que chaque école, collège ou lycée, dispose de personnels rattachés à leur structure, ayant dans leur formation initiale des compétences en psychologie, un état des lieux a été réalisé en tenant compte des compétences de chacun, mais aussi des statuts et des modes de fonctionnement, afin d'envisager une réponse immédiate, et de limiter les délais d'intervention. Ces personnels constituent les ERIC.

Ont été identifiés comme ressources pouvant intervenir lors d'un événement potentiellement traumatisant, les médecins de l'éducation nationale, les infirmières, les assistantes sociales, les psychologues scolaires du premier degré et les conseillers d'orientation psychologues du second degré. A ces personnels, ont été ajoutés dans un deuxième temps, les conseillers principaux d'éducation, qui nous sont apparus comme indispensables dans le second degré, afin de faire le lien entre les équipes ressources et le chef d'établissement. Récemment les équipes mobiles de sécurité, qui interviennent soit en prévention, soit après un phénomène de violence dans un établissement, ont été intégrées au dispositif. L'ensemble de ces personnels correspond à un effectif de 626 personnes.

L'objectif étant que l'ensemble de ces personnels soit formé par la CUMP afin de pouvoir répondre aux différentes situations de crises, et participer à la prévention des ESPT trop souvent négligés. Depuis 2009 suite à une réunion regroupant l'ensemble de ses personnels, en présence de l'Inspecteur d'Académie, afin de les sensibiliser, un cycle annuel de formation, de 3 jours, par groupes de 16, a été mis en place. A ce jour 320 personnes se sont formées volontairement, ce qui représente 51% du personnel identifié comme ressource.

<b>Personnels ressources formés par la CUMP : Formation de 3 jours ERIC</b>					
	<b>2009/2010</b>	<b>2010/2011</b>	<b>2011/2012</b>	<b>Total</b>	<b>% personnels formés par effectif</b>
<b>Médecins</b>	28	2	3	33	110 %
<b>Infirmiers</b>	58	15	15	88	61 %
<b>Assistants sociaux</b>	48	9	6	63	94 %
<b>Psychologues scolaires</b>	15	0	7	22	30 %
<b>Copsychologues 2<sup>nd</sup> degré</b>	32	9	2	43	56 %
<b>CPE</b>	7	27	26	60	25 %
<b>Equipe mobile de sécurité</b>					
<b>Personnel de direction</b>	1	5	5	320	

Par ailleurs, certaines situations pouvant être complexes et le nombre de personnes impliquées important, il a été décidé de mettre en place un échelon de niveau académique, uniquement mobilisable par le Recteur, appelé CASA. Toujours en raison des problèmes de

transport il a été décidé de disposer de 2 CASA, une couvrant le Nord-Est de l'île, l'autre le Sud-Ouest.

La CASA est donc mobilisée par le Recteur, après que la « Cellule Ressource » du Rectorat composée du Directeur de Cabinet, de l'Inspecteur d'Académie, du Proviseur Vie Scolaire, des conseillers techniques auprès du recteur (médecins, infirmiers, assistantes sociales, CSAIO), ait fait une évaluation précise de la situation en lien avec l'ERIC et l'inspecteur de circonscription du premier degré, ou le chef d'établissement.

En effet, il est apparu qu'un certain nombre de demandes n'était pas justifié, et ne nécessitait que l'intervention de l'ERIC. Cette évaluation doit être réalisée dans les 2 heures qui suivent la demande de mobilisation de la CASA.

Les CASA sont constituées de personnels **volontaires** parmi les personnels ressources (ERIC), et bénéficient d'une formation supplémentaire de 2 jours par la CUMP.

Afin de bénéficier d'une protection statutaire lors des déplacements et d'affirmer leur expertise, une lettre de mission leur est établie. L'académie dispose depuis 2009 de 46 personnes formées.

<b>Personnels ressources formés par la CUMP : Formation de 5 jours CASA</b>	
	<b>2009/2010</b>
<b>Médecins</b>	<b>7</b>
<b>Infirmiers</b>	<b>18</b>
<b>Assistants sociaux</b>	<b>13</b>
<b>Psychologues scolaires</b>	<b>5</b>
<b>Copsycholes 2<sup>nd</sup> degré</b>	<b>3</b>

Chaque CASA dispose d'un coordonnateur en lien direct avec la CUMP et le médecin conseiller technique du recteur. Les membres CASA bénéficient de 2 à 3 journées par an de regroupement afin d'échanger et de partager sur les différentes interventions de l'année, en présence du médecin coordonnateur de la CUMP et le cas échéant, de bénéficier d'un « débriefing ».

Il est important de rappeler, que pour intervenir dans un collège ou lycée, il est indispensable d'avoir l'accord du chef d'établissement, et que pour intervenir dans une école il faut avoir l'accord de l'Inspecteur de circonscription du premier degré dont relève l'école.

Ce rappel réglementaire conditionne les modalités d'intervention des ERIC (Equipe Ressources Interne de Crise) ou de la CASA (Cellule d'Aide et de Soutien Académique).

## **2) Protocole d'intervention lors d'événements traumatiques en milieu scolaire: (annexe 1)**

Ce protocole académique précise auprès de la communauté éducative, ce qu'est un événement traumatique, et définit l'objectif de l'intervention, les intervenants, le déroulement de l'intervention, l'implication des différents niveaux hiérarchiques, et les partenaires pouvant être mobilisés :

### ***Qu'est-ce qu'un événement traumatique ?***

*C'est une situation qui se définit par :*

- *son caractère exceptionnel et/ou imprévisible, son ampleur*

- la confrontation avec la mort d'un ou plusieurs individus
- le retentissement important sur le psychisme de ceux qui le subissent
- l'inadaptation et l'insuffisance des modalités habituelles de réponse

### **Quel est l'objectif de l'intervention ?**

Il s'agit de prendre en charge les **élèves** et les **adultes** touchés par l'évènement traumatique, notamment en permettant la **mise en mots** des émotions et des interrogations par une **écoute bienveillante**.

### **Qui intervient ?**

Face à un évènement traumatique, chaque établissement ou circonscription dispose de sa propre **Equipe Ressource interne de crise (ERIC)**

Dans le premier degré, elle regroupe l'inspecteur de l'éducation nationale (IEN), le directeur d'école, le médecin de l'éducation nationale, l'infirmière et le psychologue scolaire.

Dans le second degré, elle est constituée du chef d'établissement (CE), du médecin, de l'infirmière, de l'assistante sociale de l'éducation nationale, du conseiller d'orientation psychologue, du conseiller principal d'éducation.

Dans certains cas, l'intervention de personnes extérieures à l'établissement ou la circonscription peut s'avérer nécessaire : la **Cellule d'Aide et de Soutien Académique (CASA)**. Elle se compose de médecins, infirmières, assistantes sociales, psychologues scolaires et COPsy exerçant dans divers établissements du bassin et ayant reçu une formation spécifique. Chaque CASA est animée par un coordonnateur. Il y a une CASA Nord-Est et une CASA Sud-Ouest.

Le **Recteur** décide de l'activation de la CASA après avis de la Cellule Ressource du Rectorat composée du Directeur de Cabinet, de l'Inspecteur d'Académie, du Proviseur Vie Scolaire, des conseillers techniques auprès du recteur (médecins, infirmiers, assistantes sociales, CSAIO)

Enfin, la **Cellule d'Urgence Médico-Psychologique Départementale (CUMP Tél : [REDACTED])** est un dispositif départemental dont le psychiatre coordonnateur [REDACTED] est nommé par le préfet. Elle assure la prise en charge précoce des blessés psychiques dans les situations d'urgence collective. Une convention lie l'académie de la Réunion à la CUMP 974.

Elle se compose notamment de psychiatres, psychologues, infirmiers psychiatriques travaillant habituellement dans les centres médico-psychologiques de l'établissement public de santé mentale de la Réunion (EPSMR). Elle est mobilisée soit par le préfet, le SAMU, ou à la demande d'une ERIC ou d'une CASA.

### **Comment se déroule l'intervention ?**

#### **Au niveau de l'établissement**

Lors de la survenue d'un évènement traumatique, la situation est évaluée par le chef d'établissement ou l'IEN et son ERIC.

- Soit la situation est maîtrisable à l'interne par l'ERIC, un rapport d'incident en fin d'intervention remontera au Rectorat et au coordinateur de la CASA (pour information).
- Soit l'ampleur de l'évènement traumatique nécessite un soutien extérieur, le chef d'établissement ou l'IEN formule une demande d'aide au Directeur de Cabinet au [REDACTED]

#### **Au niveau du rectorat :**

Le Directeur de Cabinet ou le PVS prend l'attache de la cellule Ressource du Rectorat pour qu'en **2 heures maximum**, une réponse positive, du Directeur de Cabinet ou PVS active la **CASA** :

- Il appelle le **coordonnateur CASA** de bassin et lui donne mission pour intervenir
- Il appelle le **CE ou l'IEN** pour l'informer de l'activation de CASA

#### **Gestion de l'évènement traumatique**

*Le coordonnateur de CASA accompagné de 1 ou 2 membres de son équipe, se rend dans l'établissement ou la circonscription. Dans un premier temps, une évaluation complète est réalisée avec le CE ou IEN et l'ERIC lors d'une réunion initiale.*

*Puis les actions nécessaires sont mises en place en concertation. D'autres membres de la CASA peuvent alors être mobilisés.*

*Un point de situation quotidien élaboré par la CASA est transmis au CE ou IEN.*

*En fin d'intervention, une réunion avec l'ERIC va permettre de faire un bilan complet de l'intervention. Un rapport écrit, rédigé par le coordonnateur de CASA est transmis au CE ou IEN et au Recteur sous couvert du chef d'établissement ou de l'inspecteur de circonscription.*

### **L'intervention de la CUMP dans l'établissement ou l'école.**

*La CUMP est parfois officiellement activée dès le début de l'évènement par les services d'urgences qui ont assurés les premiers soins (SAMU) et/ou sur demande de l'ERIC ou de la CASA. Dans les situations difficiles, un soutien technique peut être directement sollicité auprès du coordinateur CASA et du psychiatre coordonnateur de la CUMP.*

Ce protocole est diffusé au début de chaque année avec une note du Recteur, rappelant l'importance de la prise en charge de ce type d'évènement, à tous les directeurs d'école, inspecteurs de d'éducation nationale de circonscription du premier degré, et chefs d'établissement.

### **3) Documents académiques d'organisation et d'aide à la décision.**

Afin de structurer ce dispositif un certain nombre de documents a donc été élaboré avec les personnels constituant les CASA, en lien direct avec la CUMP, et validé par le Recteur.

Il s'agit :

-du **protocole d'intervention lors d'événements traumatiques en milieu scolaire**, (voir ci dessus: annexe 1).

- de la **fiche de composition ERIC pour les écoles et la fiche ERIC pour les établissements du second degré**. Ce document est joint au protocole de soin et d'urgence de chaque établissement ou école, afin de disposer des coordonnées de chaque personnel pouvant être mobilisé en cas de crise. L'objectif étant que chaque école, collège ou lycée dispose au sein de l'établissement d'au moins une personne formée par la CUMP. Cette fiche doit être adressée au secrétariat du médecin conseiller technique afin d'identifier les écoles ou établissements ne disposant pas de personnel formé, afin de programmer les formations pour le personnel de ces établissements (annexe 2 et 3).

-d'un **guide chronologique d'intervention de l'ERIC en EPLE et un guide pour l'école**. Une différenciation a été faite entre premier et second degré, en raison de l'âge des élèves, la notion de mort devant être abordée différemment chez les jeunes enfants. Ce guide a pour objectif de détailler **la conduite à tenir par l'ERIC lors d'un événement psychotraumatique grave**, et présente dans un cadre assez général, les étapes, la place de chaque personnel et les actions à mettre en œuvre, afin d'assister la communauté éducative, alors que la situation entraîne souvent beaucoup d'émotion, pouvant perturber l'appréciation de la situation. **En cas de décès**, une partie plus spécifique concerne l'accompagnement au deuil et les actions à mettre en œuvre (présence à l'enterrement, livre blanc, « chapelle ardente » ...), afin de transformer la crise en quelque chose de créatif, tant pour les individus que pour le groupe (annexe 4 et 5).

-de la **fiche d'évaluation/notification d'évènement ERIC/CASA**. Cette fiche indispensable nous a permis d'évaluer le dispositif, de l'améliorer, et de bien différencier le type de crise (annexe 6).

-des **courriers types** (parents d'élèves, communauté éducative, impliqués, non impliqués etc...). Ces courriers sont adaptés à chaque établissement et à chaque événement.

-de la **note de rentrée de Mr le Recteur**. En raison des mutations, et afin de faire vivre le dispositif, il est indispensable de rappeler en début d'année son existence et de sensibiliser les chefs d'établissement.

-de la **convention académie de la Réunion, CUMP 974**. Afin de formaliser ce partenariat, une convention a été passée entre l'académie et la CUMP 974 .

#### **4) bilan 2010 /2011 et 2011/2012.**

##### **a) bilan 2010/2011 :**

C'est en 2010 que le dispositif s'est doté de la fiche d'évaluation (annexe 6) ce qui a permis d'analyser les motifs de mobilisation des ERIC et de la CASA, et le type de « crise » que nous avons été amenés à gérer.

Sur les 15 événements répertoriés :

-3 concernent un suicide abouti d'élèves à domicile (2 élèves de lycée, et un élève de collège)

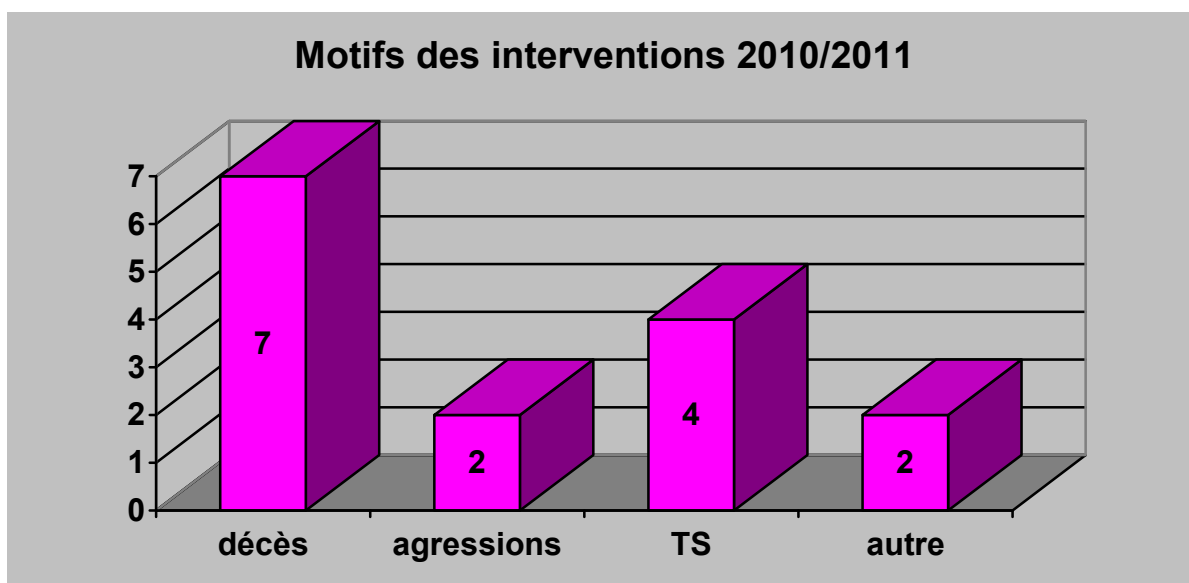
-4 concernent le décès d'un élève, 1 lors d'un cours de sport devant ses camarades (environ 30 élèves impliqués), 2 décès par accident hors établissement, et un décès par maladie chronique.

-4 concernent une tentative de suicide d'élèves, 2 à domicile, 2 dans l'établissement.

-2 concernent une agression d'élèves sur un adulte dans l'établissement, dont un avec une arme blanche.

-1 concerne une intoxication au CO liée à un mauvais écoulement des eaux usées passant sous l'école, suite à une forte dépression. Cet événement a nécessité l'hospitalisation de 8 élèves et une investigation des autorités sanitaires.

-1 concerne des élèves d'un collège mitoyen au lycée où l'élève est décédé lors du cours de sport.



Ces événements ont concerné 2 écoles, 5 collèges et 8 lycées et lycées professionnels.

Il est intéressant de noter que presque la moitié des interventions concernent un accompagnement au deuil suite au décès d'un élève (1 décès en école, 2 décès en collège, et 4 décès en lycée). La disparition brutale d'un élève ou d'un adulte de la communauté éducative est certainement en milieu scolaire et plus particulièrement dans un contexte insulaire comme la Réunion, la principale situation de crise qu'il convient de savoir gérer.

Le suicide et les tentatives de suicide sont aussi fortement représentés.

En revanche au cours de cette année, les actes de violences ne représentent que 13% des interventions de l'ERIC ou CASA, et ne sont pas au premier plan des motifs d'intervention. Sont ils moins signalés, voire gérés différemment?

Ces événements ont tous eu un retentissement important et ont nécessité souvent plusieurs jours d'intervention.

La liaison avec le SAMU et la CUMP a été chaque fois que cela s'est avéré nécessaire, mise en place dans de bonnes conditions.

La CUMP a, par ailleurs, été sollicitée plusieurs fois directement par téléphone soit par l'ERIC soit par les coordonnateurs CASA.

La CUMP est intervenue directement avec l'équipe ERIC à 3 reprises sans que le niveau CASA ne soit sollicité.

La réactivité des ERIC présentes sur l'ensemble de ces situations a permis une gestion plutôt apaisée, même si pour un des événements, la gestion s'est montrée difficile à mettre en œuvre, en raison d'une équipe de direction « défaillante », présentant un véritable état de « sidération ». Cet aspect a été abordé avec les autorités académiques afin d'envisager de mettre à disposition des renforts auprès de la direction d'un établissement, si cela se justifiait.

On peut noter que c'est au mois de février que le nombre d'événements a été le plus important (46% des interventions pour l'année) sans que cela puisse être expliqué ? Deuxième trimestre? Retour à l'école après les vacances de l'été austral? Saison cyclonique ?...

## INTERVENTIONS ERIC/CASA/CUMP 2010-2011

<b>Dates</b>	<b>Etablissements</b>	<b>Evènements</b>	<b>Interventions</b>
29/09/2010	Collège	Suicide élève à domicile	ERIC+CASA+CUMP
26/11/2010	Lycée	Suicide élève de 1ère à domicile	ERIC + 1 CASA
29/11/2010	Collège	Agression d'un élève sur un professeur avec arme	ERIC + Equipe mobile sécurité
01/12/2010	Lycée	TS défenestration dans EPLE	ERIC/CUMP
10/12/2010	Collège	Agression d'un élève sur un professeur	ERIC/CUMP/EMS
08/02/2011	Ecole Maternelle	Décès d'un élève de petite section le dimanche lors d'une baignade	ERIC + conseil CUMP
14/02/2011	Ecole	Intoxication CO dans une école primaire hospitalisation de 8 élèves	ERIC/SAMU + CIRE/ARS
19/02/2011	LP	TS par immolation à domicile	ERIC
22/02/2011	Lycée	Mort d'un élève lors d'un cours de sport	SAMU/ERIC/ CASA/CUMP/
25/02/2011	Collège	élèves témoins du décès au lycée Louis Payen	ERIC
28/02/2011	Lycée	TS défenestration d'un élève à domicile	ERIC
28/02/2011	LP	TS avec un couteau dans le lycée	ERIC/CUMP/CASA
25/03/2011	LP	Elève décédé d'un cancer à domicile	ERIC
28/04/2011	Lycée	Suicide d'un élève hors établissement	ERIC
20/06/2011	Collège	Décès élève de 14 ans à domicile	ERIC

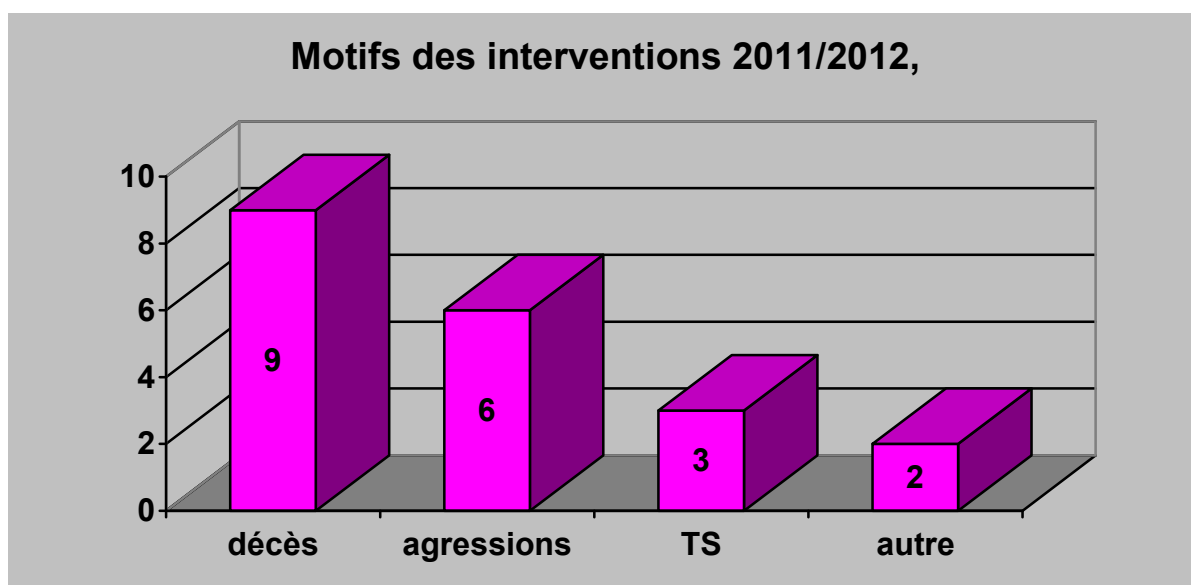


## **b) bilan 2011/2012:**

En 2011/2012, 19 événements ont été répertoriés. La médiatisation de certains événements dramatiques de l'année précédente, a certainement contribué à sensibiliser les personnels de direction à l'intérêt de faire appel au dispositif ERIC/CASA.

Sur ces 19 événements, 3 ont concerné une école, 10 un collège et 6 un lycée :

- 3 concernent un suicide d'élèves âgés de 13, 17 et 18 ans.
- 3 concernent une tentative de suicide au sein de l'établissement, une de la part d'un élève de lycée et 2 d'un même enseignant connu du service de médecine de prévention et suivi pour un trouble grave de l'humeur.
- 5 décès par accident ,1 sur le trajet scolaire ,1 suite à un malaise, 1 à domicile lors d'un incendie, et 2 par noyade.
- 1 décès à domicile d'un adulte de la communauté éducative suite à un problème de santé.
- 1 accident sanglant non mortel (fracture ouverte) ;
- 6 agressions et actes de violences : 2 d'élèves sur un enseignant, 1 entre élèves, 2 d'adultes sur un élève, et un comportement violent non adapté.
- 1 menace écrite de suicide d'un élève de 11 ans.



Les ERIC ont été systématiquement mobilisées, le SAMU est intervenu 5 fois, la CUMP a été saisie 7 fois, en revanche le dispositif CASA n'a eu besoin d'intervenir que 2 fois. On peut penser que la présence de personnes formées au sein des ERIC en est la raison.

La mobilisation des CASA a été principalement motivée par le nombre de personnes impliquées ou témoins, et joué un véritable rôle de coordination des actions et des interventions en lien avec la CUMP.

La situation la plus grave en terme de possibilité de survenue d'un état de stress post traumatique sans sous estimer les autres situations ( 7 interventions de la CUMP), est sans conteste, le décès d'une élève de 3<sup>ème</sup>, lors de son retour au domicile à la sortie des écoles . Cette jeune fille a été écrasée entre un bus et un mur lors d'une manœuvre, en présence d'une centaine d'enfants de tous âges, tous témoins directs de la scène. Un gros travail de recherche afin d'identifier ces élèves, issus de 2 écoles et du collège a nécessité 3 jours. La médiatisation excessive a bien évidemment ajouté une pression supplémentaire sur l'établissement. Cette situation a mobilisé l'ERIC, et la CASA pendant plus de 7 jours. La CUMP a assisté sur place notre dispositif, pendant 3 jours et a mis en place un suivi pour un certain nombre d'enfants. Compte tenu de la situation Monsieur le Recteur s'est rendu sur

place pour rendre hommage à cet enfant et pour rappeler l'action de soutien de l'institution et son partenariat avec la CUMP . Cette intervention a contribué à la normalisation de la situation.

La tentative de suicide d'un enseignant dans son établissement, devant un certain nombre d'élèves mais aussi de collègues de travail, a été également une situation délicate à prendre en charge en dehors du risque d'ESPT. En effet tout le monde a en tête les suicides chez France Telecom . Cette situation a nécessité l'intervention du service de médecine de prévention, afin qu'un suivi spécialisé puisse être proposé à cet enseignant. Par ailleurs un travail sur les risques psycho sociaux a été initié.

Comme pour l'année précédente on constate que l'accompagnement au deuil a concerné la majorité des interventions des ERIC (42%). En revanche, cette année a été marquée par une augmentation des interventions pour des actes de violences assez graves (31%). Cette augmentation est peut être liée à la meilleure connaissance du dispositif ?

#### ERIC/CASA 2011-2012

Dates	Etablissements	Evènements	Dispositif mis en place
22/08/2011	Lycée	TS d'un enseignant dans l'établissement	ERIC/SAMU
06/09/2011	Collège	Bagarre très violente entre élèves, Un blessé à la bouche avec perte de dents Nombreux témoins	ERIC/CASA/CUMP
28/09/2011	Collège	Fracture ouverte d'un élève en cours d'EPS - Evanouissement du professeur d'EPS	ERIC/SAMU
10/11/2011	Collège	Agression physique d'une enseignante par un élève de 4ème (coup de pied et coup de poing). La principale ayant reçu un coup de pied en s'interposant.	ERIC/ Equipe mobile de sécurité
25/11/2011	Collège	Agression d'un élève dans le bus par un parent d'élève	ERIC/Police
06/12/2011	Collège	Comportement violent inadapté + insultes (colère) d'un élève devant ses camarades, suite à la convocation de sa mère	ERIC
08/12/2011	Collège	Agression d'une enseignante de français de 3ème par un de ses élèves	ERIC/ Equipe mobile de sécurité
09/12/2011	Collège	Décès d'un élève de 3ème écrasé par le bus scolaire avec "plus de 100 témoins directs".	ERIC/CASA/CUMP/SAMU
25/01/2012	Collège	Suicide d'un élève de 5ème à domicile	ERIC/CMPA
31/01/2012	Ecoles Maternelles	Décès d'un bébé de 3 mois suite à un incendie dans l'appartement du père, situé aux abords des écoles, avec famille nombreuse	ERIC
14/02/2012	Ecole Privée	Décès d'un élève de 3 ans appareillé d'une sonde gastrique à l'heure du repas, dans la voiture de sa mère qui l'avait récupérée après un malaise dans l'école.	ERIC/CUMP/SAMU
20/02/2012	Collège	Décès brutal d'un assistant d'éducation à domicile	ERIC
22/02/2012	LP	Décès de 2 sœurs du LP de 17 et 18 ans lors d'un accident lié à la montée des eaux au bassin Bœuf. Une sœur témoin survivante.	ERIC/CUMP
19/03/2012	Lycée	2ème tentative de suicide d'un enseignant dans l'établissement en présence d'élèves et de personnel.	ERIC/CUMP/SAMU

22/03/2012	LP	TS d'un élève dans l'établissement, a essayé de sauter du 1er étage, rattrapé de justesse.	ERIC/CUMP
02/04/2012	Ecole	Découverte d'une lettre annonçant le suicide de l'auteur. La cousine étant récemment décédée d'un cancer.	ERIC/Urgences HP
03/04/2012	Lycée	Suicide à domicile d'un élève de 18 ans par pendaison	ERIC
10/04/2012	Lycée	Suicide à domicile d'un élève de 17 ans suite à l'absorption de substance, et d'une défenestration, ayant provoqué 5 jours de coma avant décès.	ERIC/CUMP
27/04/2012	Collège	Agression hors milieu scolaire d'un élève de 6ème par un adulte	ERIC/Gendarmerie

Il est important de constater que pour 2011/2012, les CASA ne sont plus constituées de 46 personnes mais seulement de 20 personnes très engagées.

<b>CASA 2012/2013</b>	
Médecin	1
Infirmières	3
Assistants sociaux	5
Conseillers d'orientation psychologue	4
Psychologues scolaires	6
Professeur ayant un DU de victimologie	1

Il existe donc un certain essoufflement, qui peut être expliqué par la lourdeur des situations à gérer, et par le retentissement psychologique de la mission, sur les individus intervenant, mais aussi par la perturbation des activités règlementaires de ces personnels (pendant qu'ils interviennent, leur travail quotidien prend du retard).

Concernant la composition des CASA on ne peut que constater que les médecins de l'éducation nationale ne sont pas vraiment impliqués. Cela s'explique probablement par le fait qu'ils sont tous présents dans les ERIC, premier niveau d'intervention, et donc systématiquement sollicités.

On peut penser qu'à terme, lorsque l'ensemble du personnel sera formé ERIC, l'académie n'aura besoin que d'une seule CASA, composée uniquement de personnel fortement motivé, dont le rôle sera d'organiser et de coordonner les différentes interventions.

L'intervention de la CUMP en partenariat avec le dispositif académique, a permis d'orienter un certain nombre d'enfants, mais aussi d'adultes de la communauté éducative, vers les services spécialisés en raison des situations dramatiques prises en charges, afin de prévenir ou de prendre en charge d'éventuels ESPT.

#### Points positifs :

- plus de personnels formés, une meilleure couverture géographique et donc une meilleure prise en charge.
- un excellent partenariat avec la CUMP fortement impliquée dans le dispositif.
- un appui constant de Mr le Recteur.
- un très bon accueil du dispositif de la part des personnels de direction.

#### Points négatifs :

- coût de la formation.
- implication du personnel basé sur le volontariat (ce qui peut aussi être un point fort).
- de moins en moins de volontaires pour faire partie des CASA.
- peu de médecins volontaires impliqués dans les CASA.
- pas de débriefing systématique des personnels intervenant.

## **VIII) Conclusion**

En 2 ans d'existence le dispositif ERIC/CASA a pris en charge 34 situations de « crise », pouvant, pour la plupart, être considérées comme des événements potentiellement traumatisant et à risque d'ESPT.

Les ERIC ont été mobilisées dans 100% de ces situations, les CASA 6 fois soit dans 17.6% des situations et la CUMP 13 fois soit dans 38.2% des cas.

L'accompagnement au deuil est le principal motif, et a représenté 44% des interventions (40% de ces décès étant des suicides, 20.5% des accidents). A noter qu'il a été nécessaire que la CUMP intervienne dans 53% des cas pour ces décès, le contexte insulaire n'étant pas à négliger.

Un module dans le cadre de la formation initiale des futurs enseignants concernant le deuil, serait certainement un plus lors de ces situations tant pour le personnel, que pour les élèves.

Les actes de violences ont représenté 23.5% des interventions du dispositif.

Les tentatives de suicides ont représenté 20.5% des interventions.

La mise en place de ce dispositif, basé sur la formation et l'implication des personnels, a de toute évidence apporté une nette amélioration de la gestion de ces situations, toujours complexes et dramatiques, tant pour les individus que pour l'institution.

Sans l'engagement des personnels ressources, et le partenariat étroit avec la CUMP 974, qui est extrêmement impliquée auprès de l'académie, mais aussi l'appui de Monsieur le Recteur, ce dispositif n'aurait pas pu être développé.

Au cours de l'année 2011/2012, on constate que les CASA ont été moins sollicitées et que le travail a été réalisé dans la plupart des cas, après mobilisation de l'ERIC en lien avec la CUMP, démontrant tout l'intérêt d'avoir des personnels de proximité formés dans ce domaine. Toutefois, il est important de préciser, que lors des situations complexes, ou si le nombre des personnes impliquées est élevé, le rôle des CASA est fondamental pour une bonne prise en charge.

Le coût des formations, qui au départ pouvait paraître élevé en raison du nombre de personnes à former, est à relativiser au regard des résultats, du nombre de personnes prises en charge par la CUMP ou les services spécialisés et de la perception favorable du dispositif, par l'ensemble de la communauté éducative.

Afin d'améliorer ce dispositif, il apparaît nécessaire d'avoir une réflexion sur l'accompagnement psychologique des personnels intervenant lors de ces situations de crise afin de prévenir d'éventuelles complications psychologiques.

## **IX) Bibliographie**

- Bessoles P. Les interventions psychothérapeutiques précoces post traumatique. *Information Psychiatrique*, 2006. Vol 82, n°3, 231-237.
- Crocq L. Trauma et mémoire. « Perspective historique ». *Revue francophone du stress et du trauma* 2006. 6 (4) : 197-205.
- Crocq L. Traumatisme psychique. « Prises en charge psychologique des victimes ». Paris : Masson, 2007.
- De Clercq M, Lebigot F. Les traumatismes psychiques Paris : Masson, 2001.
- Ducrocq F. Le psychotrauma en chiffres. « Des enjeux multiples ». *Revue francophone du Stress et du Trauma*, 2009. 9 (4) : 199-200.
- Feyfant A. « Des violences à l'école... ». Dossier d'actualité de la veille scientifique et technologique, 2010. N° 54.
- Gaussel M. Éducation à la santé : vers une démocratie sanitaire. Dossier d'actualité Veille et Analyses, 2011. N°69.
- Malartre P. Est il possible d'éduquer ? Paris : Edition de l'atelier, 2007.
- Mylle J. L'ESPT incomplet. « Concept utile ou futile ? ». *Revue francophone du Stress et du Trauma* 2008. 8 (3) : 177-184.
- Pilet JL, Guihard C, Obringer A, Brice D. Drames en milieu scolaire. « Protocole pour évaluer, soutenir, communiquer ». Paris. Masson, 2009.
- Romano H. Enfants et adolescents face à un événement traumatique. « Quelle prise en charge dans l'immédiat ? » *Revue francophone du stress et du trauma* 2006. 6 (4) : 239-246.
- Romano H. Intervenir lors d'un événement traumatique en milieu scolaire. *Le journal des Psychologues* 2007. N° 248, 54-58.
- Seguin M, Leblanc L, Brunet A. Crise et trauma. « Proposition d'une typologie et interventions différenciées ». *Revue francophone du stress et du trauma* 2006. 6 (4) : 213-219.
- Vermeiren E. Les événements traumatogènes. *Revue francophone du stress et du trauma* 2009. 9 (4) : 214-217.
- Vermeiren E. Gestion du deuil lors d'une mort violente. *Louvain Médical*, 2004. 122 , 9 , 413-415.
- Vila G, Porche L.M, Mouren-Siméoni M-C. L'enfant victimes d'agression : Etat de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent. Paris : Masson, 1999.
- Vila G. Aide d'urgence en situation psychologique dans une classe, lorsqu'un événement grave intervient. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2003: Vol 16, n°6.
- Vila G. L'état de stress post traumatique chez l'enfant. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, mai 2006 : n°3.

## **Annexe 1**