

**NOTE DE
CADRAGE**

Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques

Enfants et adultes

Validée par le Collège le 14 octobre 2020

Date de la saisine : 1er juin 2017**Demandeur** : DGS-DGOS**Service(s)** : SBPP**Personne(s) chargée(s) du projet** : Estelle LAVIE

1. Présentation et périmètre

1.1. Demande

La HAS a été saisie par la DGS et la DGOS sur plusieurs thèmes entrant dans le cadre du psycho-traumatisme :

- « L'évaluation, le diagnostic et la prise en charge du psychotraumatisme lié aux violences, chez l'enfant et chez l'adulte : élaboration d'outils pour les professionnels du psychotraumatisme » ;
- « La prise en charge des femmes victimes de violences »,

Cette seconde demande s'intègre dans le 5ème plan de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux femmes (2017-2019) présenté le 23 novembre 2016 par la ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes. Le plan intègre une action intitulée « Garantir la prise en charge psychologique des femmes victimes de violences » (action 24), dont la coordination est confiée à la DGOS.

La HAS a réalisé et publié en 2019 une recommandation de bonne pratique et des fiches pratiques sur le repérage des femmes victimes de violences.

L'élaboration de la recommandation dont il est question dans cette note de cadrage permettra de compléter la recommandation sur le repérage des femmes victimes de violences en abordant la prise en charge. Par ailleurs, une recommandation spécifique pour les professionnels de santé de premier recours sur la prise en charge des mutilations sexuelles féminines a été publiée par la HAS en février 2020¹.

¹ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150640/fr/prise-en-charge-des-mutilations-sexuelles-feminines-par-les-professionnels-de-sante-de-premier-recours

1.2. Contexte

Les situations traumatogènes, quelle qu'en soit l'origine (violences volontaires physiques et sexuelles, morts violentes, catastrophes, attentats, accidents graves, guerres, expositions traumatiques dans le cadre de l'exercice professionnel, etc.) ont de multiples conséquences, aujourd'hui largement reconnues, sur la santé psychique et physique des individus ; elles peuvent être à l'origine du développement ou d'aggravation de pathologies psychiatriques, somatiques, de suicides, d'addictions, de comportements à risques, d'échec scolaire, etc.

Tout individu, bébé, enfant, adolescent, adulte, peut rencontrer au cours de sa vie des situations difficiles, douloureuses et stressantes à des degrés divers. D'autres situations peuvent être potentiellement traumatisantes ou traumatogènes, ce qui est une expérience qualitativement différente. La cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM5) définit comme traumatogène toute situation qui implique « **une mort effective, une menace de mort, une blessure grave ou des violences sexuelles** » (APA, 2015, p. 320) (1).

Au niveau individuel, ces situations peuvent générer de multiples troubles psychiques chez les individus qui y sont confrontés. Ces derniers sont regroupés sous le titre des **psychotraumas** ou **syndromes psychotraumatiques** (ce dernier terme est celui que nous retiendrons dans la rédaction). Parmi eux, **le trouble de stress post-traumatique (TSPT)** représente la pathologie probablement la plus connue. Toutefois, il n'est pas l'unique conséquence d'une confrontation traumatique. D'autres, comme les phobies isolées post-traumatiques, les addictions post-traumatiques, les deuils traumatiques, les dépressions post-traumatiques, les comportements suicidaires ou encore les nombreux troubles psychosomatiques et somatoformes, posent d'autres problèmes de santé publique tant par leur coût que leur chronicité ou leur gravité.

Concernant leur prévalence vie entière, les syndromes psychotraumatiques, complets ou partiels, toucheraient en France 4,6% de la population générale (2). Quant au TSPT, il toucherait entre 1 et 2 % de la population (3).

La souffrance psychique et l'affaiblissement associés aux syndromes psychotraumatiques peuvent être considérables et vont bien au-delà de ce que peut en dire un diagnostic psychiatrique. Au niveau psychologique, la littérature montre en effet qu'ils sont associés à de profonds bouleversements (4-8). Ces derniers peuvent se traduire par une remise en question parfois profonde du sens de la vie et de la logique du fonctionnement du monde. En outre, les syndromes psychotraumatiques altèrent le fonctionnement social, familial et professionnel des individus. Leur qualité de vie, ainsi que celle de leur entourage, s'en trouve largement diminuée avec des conséquences dévastatrices sur le plan individuel : chute de l'estime de soi, développement de sentiments de culpabilité et/ou de honte, stress, retrait social, etc.

Sur le plan du pronostic fonctionnel et vital, l'impact des syndromes psychotraumatiques, et du TSPT en particulier, se révèle particulièrement délétère. En plus d'une majoration du risque suicidaire, les syndromes psychotraumatiques sont associés à de nombreuses comorbidités psychiatriques. Ainsi, l'étude de Breslau *et al.* (9) de 1991 montre que près de 80% des participants souffrant de TSPT ont présenté ou présentent au moment de l'évaluation au moins un autre trouble psychiatrique, notamment un épisode dépressif majeur chez plus de 50% des sujets.

La traumatisation dans l'enfance

Les bébés, les enfants et les adolescents sont particulièrement vulnérables vis-à-vis des syndromes psychotraumatiques. L'impact des événements traumatogènes sera d'autant plus néfaste qu'ils surviennent tôt dans la vie du sujet.

Les données montrent que plus de deux tiers des enfants et des adolescents ont vécu au moins un événement traumatogène au cours de leur vie, qu'un tiers d'entre eux en a vécu de façon répétée et qu'au moins 20 % d'entre eux ont développé par la suite un syndrome psychotraumatique (10-12).

Les études montrent que le traumatisme psychologique vient toucher en profondeur l'élan développemental de l'enfant ou de l'adolescent et interfère non seulement avec son développement psycho-affectif, cognitif, identitaire et la construction de son estime personnelle mais aussi avec les processus d'apprentissage (13). De plus, si le trauma frappe directement le jeune, il touche aussi l'environnement dans lequel il évolue dont, en particulier, sa famille, menaçant l'équilibre de cette dernière et la santé mentale de chacun de ses membres (13).

L'exposition répétée à des événements traumatogènes conduit à des troubles complexes et chroniques

La problématique se complexifie encore dès lors que les événements traumatogènes se multiplient pour un même individu et que la traumatisation devient chronique.

Chez le bébé, l'enfant et l'adolescent, ce type de traumatisation est souvent associé à la répétition d'épisodes de violence interpersonnelle impliquant ses figures d'attachement (parents, famille, proches, gardes d'enfants, etc.). Les conséquences délétères sont considérables. Les troubles de l'attachement qui en résultent se traduisent par une perte profonde du sentiment de sécurité et de la sûreté personnelle (perte de confiance en soi et dans l'autre), l'appauvrissement des capacités à exprimer sa curiosité et à explorer le monde, une atteinte du développement émotionnel et social et du développement futur des relations interpersonnelles (14), pouvant également affecter la capacité à s'appuyer sur ses ressources ou demander de l'aide en cas de crise. Pris dans leur ensemble, ces handicaps développementaux constituent, pour certains auteurs, une entité nosographique à part entière dénommée **trouble traumatique du développement** (15, 16). Dans ce cadre, la littérature montre que ces handicaps s'accumulent à l'âge adulte pour donner lieu à des présentations cliniques particulières identifiées sous les termes de « **troubles de stress extrême non autrement spécifiés** » (*Disorders of Extrem Stress Not Otherwise Specified, DESNOS*) (Herman, 1992 (17) ; 1993 (18)) ou de **TSPT complexe**. Une relation étroite existe également avec la **dissociation chronique** et les **troubles dissociatifs**.

Chez l'adulte, la traumatisation chronique est, elle aussi, souvent associée à la répétition de situations de violence interpersonnelle desquelles il est difficile voire impossible de s'échapper. C'est le cas, en particulier, de la violence intrafamiliale, des génocides et des guerres. La traumatisation chronique apparaît également fréquente dans le cadre de l'exercice de professions à haut risque en termes d'exposition directe et indirecte à la violence, à la mort et à leurs conséquences.

Comme chez l'enfant et l'adolescent, la multiplication de tels événements pour un même individu aggrave le tableau clinique. Ainsi, une étude transversale conduite en 2014 sur une base de données internationale regroupant 20 pays (n= 51 295) montre que, comparativement aux autres cas de TSPT, ceux résultant d'au moins 4 événements traumatogènes sont associés à une présentation clinique plus complexe ainsi qu'à une détérioration fonctionnelle et une morbidité plus importantes (19). Ces résultats font écho à ceux obtenus dans une étude de suivi d'une cohorte de 1450 vétérans de la guerre du Viêt-Nam selon lesquels, 40 ans après la fin du conflit, 11% d'entre eux souffrent

encore de symptômes de TSPT suffisamment invalidants pour altérer leur fonctionnement (20). Des résultats similaires sont retrouvés pour les femmes victimes de violences conjugales.

En 2018, l'Organisation mondiale de la santé a introduit dans la 11ème version de la classification internationale des maladies (CIM-11) un diagnostic de **TSPT complexe**, reconnaissant cette entité nosographique comme un trouble à part entière (21).

1.3. Enjeux

La prise en charge des personnes vivant l'épreuve du psychotraumatisme constitue un enjeu de santé public majeur. Or il n'existe pas de recommandations de bonnes pratiques cliniques pour le diagnostic, l'évaluation et la prise en charge des syndromes psychotraumatiques disponibles en langue française, permettant de standardiser et de diffuser les bonnes pratiques.

Ces recommandations permettront d'informer sur les conséquences des syndromes psychotraumatiques et leur prise en charge, pour sensibiliser au repérage et au soin ; et fourniront des outils pour les professionnels prenant en charge les victimes : médecins de ville, services de pédiatrie, de psychiatrie de l'adulte et de l'enfant/adolescent, services médico-psychologiques régionaux pénitentiaires (SMPR), unités parents-bébés, unités d'accueil pédiatriques enfants en danger (UAPED), unités médico-judiciaires (UMJ), cellules d'urgences médico-psychologiques (CUMP), médecins généralistes, médecins du travail, etc.

Une prise en charge globale : médicale (somatique et psychiatrique), psychologique, sociale, juridique

Les syndromes psychotraumatiques présentent un caractère systémique qui impose une approche de santé globale ne dissociant pas artificiellement prise en charge psychologique et prise en charge somatique. De plus il s'agit aussi de protéger les victimes. La prise en charge comporte donc une dimension pluridisciplinaire afin d'assurer la prise en compte des dimensions psychologique et psychiatrique, somatique, juridique et sociale. Elle s'inscrit dans un travail en réseau pour assurer la protection, le suivi et l'accompagnement de la personne vivant l'épreuve du psychotraumatisme dans toutes ces dimensions (accès au logement ou à l'hébergement, accompagnement juridique, accès aux droits sociaux, retour à l'emploi...).

Un enjeu particulier chez l'enfant

Chez l'enfant et l'adolescent, le diagnostic de TSPT est complexe et nécessite de rechercher activement des signes cliniques d'appel car, généralement, l'enfant ne s'en plaindra pas de façon explicite. Le TSPT de l'enfant constitue une réponse différée et prolongée à une situation traumatisante. La reconnaissance de ce diagnostic est importante relativement à la place qu'il peut prendre dans la construction de la personnalité de l'enfant, mais également dans la survenue de troubles du comportement (dont la mise en danger de soi) ou de la socialisation. La prise en charge du TSPT nécessite de suivre et d'accompagner l'enfant mais aussi sa famille.

Distinguer TSPT simple et TPST complexe

Il est important de distinguer le TSPT simple consécutif à un événement isolé (accident, attentats, agression, etc.) et le TPST complexe consécutif à l'exposition répétée à des violences (maltraitance, violences intrafamiliales, professions à risques, etc.) car les enjeux et les conséquences développementales sont différentes et nécessitent des prises en charge et des parcours de soins différents.

Les traumatismes précoces et répétés sont des facteurs de risques de troubles neurodéveloppementaux, et de troubles psychopathologiques à l'adolescence et à l'âge adulte (abus de substances, troubles des conduites, troubles anxieux, dépression, suicide, épisodes psychotiques, etc.).

Une prise en charge la plus précoce possible

Une prise en charge la plus précoce possible dans les suites d'un traumatisme psychique est indispensable. Les patients qui bénéficient d'une prise en charge globale immédiate souffrent deux fois moins de TSPT six mois après les faits (22-24).

Améliorer l'état des connaissances et standardiser les bonnes pratiques

La méconnaissance des troubles psychotraumatiques et les difficultés de repérage et de prise en charge des formes complexes peuvent être à l'origine de diagnostic incomplets, voire erronés, avec des prises en charge inadaptées, inadéquates ou insuffisantes.

Les professionnels manquent d'outils et peuvent se sentir démunis face à des troubles intriqués. Ce manque de connaissance et de formation des intervenants est à l'origine d'une perte de chance dans le soin et est préjudiciable au niveau juridique : stigmatisation, crédibilité / non-reconnaissance du statut de victime, etc. En l'absence de standardisation des pratiques, des pratiques non validées sont observées sur le terrain.

Améliorer la coordination des structures existantes et organiser le travail en réseau

Dans les attentats et les urgences de grande ampleur, la prise en charge à la phase aiguë est réalisée par les CUMP. L'organisation des relais de prise en charge après l'intervention des CUMP est un enjeu majeur.

Ces recommandations viendront en appui à la mise en place du réseau national de dispositifs de prise en charge du psychotraumatisme : les centres régionaux du psychotraumatisme, en cours de reconnaissance par le Ministère de la santé (au nombre de 10 en 2020), coordonnés par le centre national de ressources et de résilience (CN2R), constitué sous l'égide de la Délégation interministérielle à l'aide aux victimes (ministères des solidarités et de la santé, de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, des armées, de l'intérieur).

Ces recommandations permettront de faire le lien entre les différents acteurs et niveaux de prise en charge : médical, médico-social, social, scolaire, répressif, judiciaire.

1.4. Cibles

Patients, usagers

Toute personne, bébé, enfant, adolescent, adulte (dont personne âgée en Ehpad), ayant subi, pour l'avoir vécu personnellement ou en avoir été témoin, un événement porteur d'une menace d'atteinte à la vie et/ou à l'intégrité physique et ce, de façon unique ou répétée. Cela inclut également l'annonce d'un tel événement ayant touché un proche.

Ce type d'événement recouvre les cas suivants (liste non exhaustive) :

- Violences volontaires physiques et sexuelles : maltraitance, abus, violences et exploitation sexuelles ;
- Accidents graves : accidents de la route, de transport, au travail, au domicile ;
- Maladie grave, soins palliatifs (de la personne elle-même ou d'un proche) ;
- Morts violentes par suicide, homicide, accident ou maladie ;
- Catastrophes naturelles, technologiques, accidentelles ;
- Attaques de masse, attentats ;
- Violences politiques et les guerres, les déplacements forcés ;
- Expositions traumatiques dans le cadre de l'exercice professionnel (soldats, policiers, pompiers, soignants, aidants, reporters de guerre, milieu carcéral, etc.) ;

- Situations de harcèlement institutionnelles, scolaires, professionnelles.

Professionnels (liste non exhaustive)

- Médecins : Médecins généralistes, Urgentistes, Pédiatres, Psychiatres (de l'adulte / de l'enfant et de l'adolescent), Médecins légistes, Gériatres, Gynécologues, Médecins du travail, Médecins et infirmiers scolaires, Médecins militaires et de la police nationale
- Psychologues, psychomotriciens, psychothérapeutes
- Professionnels du social et médico-social
- Professionnels de l'éducation nationale
- Paramédicaux : Infirmiers, Aides-soignants, Ambulanciers, Secouristes
- Professionnels du système répressif et judiciaire : Avocats, Magistrats, Juristes
- Gendarmes, Policiers, en particuliers officiers de police judiciaire formés au recueil de la parole de l'enfant

Services et structures cibles principales (liste non exhaustive)

- Professionnels libéraux
- Service de médecine légale
- Services de pédiatrie
- Services de psychiatrie de l'adulte et de l'enfant/adolescent, unités parents-bébés
- Services médico-psychologiques régionaux pénitentiaires (SMPR)
- Services spécialisés dans l'accueil et l'accompagnement des femmes victimes de violences
- Services d'addictologie
- Services d'urgence
- Services de soins palliatifs
- Unités d'Accueil Pédiatriques Enfants en Danger (UAPED)
- Protection de l'enfance (incluant la Protection maternelle et infantile [PMI], l'Aide Sociale à l'Enfance [ASE] et la protection judiciaire de la jeunesse [PJJ])
- Médecine scolaire
- Services de santé au travail
- Établissements, services et dispositifs spécialisés dans l'accueil et l'accompagnement des personnes sans-abri
- Établissements sociaux et médico-sociaux
- Cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP)
- Unités Médico-Judiciaires (UMJ)
- Services de santé des armées (dont gendarmerie) : centre médicaux et hôpitaux d'instruction des armées, services d'intervention médico-psychologiques des armées, services psychiatriques des hôpitaux d'instruction des armées ; et de la police nationale
- Secouristes
- Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)
- Associations de victimes
- Associations d'usagers

1.5. Objectifs

Élaborer des recommandations de bonnes pratiques cliniques et des outils pour les professionnels, pour le repérage, le diagnostic et la prise en charge du psychotraumatisme chez le bébé, l'enfant et

l'adulte (dont la personne âgée en Ehpad), prenant en compte les dimensions psychologique, psychiatrique, somatique, juridique et sociale du psychotraumatisme.

1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

1. Définitions, clinique, épidémiologie

- Les syndromes psychotraumatiques : causes, conséquences, évolution (conséquences des traumas précoces, conséquences des traumas répétés, retentissement sur le développement neuropsychologique, TPST simple et TSPT complexe, comorbidités, diagnostics différentiels)
- Incidence, prévalence, facteurs pronostiques

2. Repérage

Par repérage, nous entendons l'identification d'un phénomène comme signe d'alerte d'une difficulté nécessitant une orientation vers un professionnel (du champ sanitaire, social ou juridique ou sanitaire) en vue de son évaluation.

- Que doit-on repérer ? (TPST simple / TSPT complexe/ Comorbidités/ Diagnostics différentiels)
- Quand repérer ? (Repérage précoce ou sensibilisation ?/ Suivi des victimes non prises en charge, prévention des complications, etc)
- Qui peut repérer ? / Quels professionnels, quels services, quelles structures ?
- Comment repérer ?
 - Méthodes et outils (à adapter selon les professionnels impliqués, le moment et le lieu : médical, social, scolaire, intervenants de rue, intervenants au domicile, urgence, etc.)
 - Distinguer TSPT simple et TPST complexe
 - Populations cibles / populations à risque : victimes d'actes violents, population vulnérable et/ou dépendante (grossesse, enfance protégée, personnes handicapées, personnes âgées, personnes sans abri, personnes migrantes dont mineurs non accompagnés, personnes ayant un trouble de l'usage de substances psychoactives etc.)
 - Signes d'appel : troubles psychosomatiques, somatoformes, troubles du sommeil, troubles anxieux, de l'humeur, du comportement, troubles des conduites alimentaires, addictions, suicide, phobie scolaire, *burn out*, etc.

3. Évaluation initiale

- Diagnostic (comorbidités, diagnostics différentiels)
- Évaluation des risques et mise en sécurité pour les victimes de violence en cours

4. Prise en charge

- Parcours somatique et psychique : approches et méthodes efficaces
 - Physiques, psychologiques, psychiatriques, comportementales et médicamenteuses
 - Prise en charge des comorbidités (somatiques et psychiatriques)
 - Prises en charge immédiates / différées / suivi et accompagnement
 - Coordination du soin
- Accompagnement social et juridique, protection
- Ce qu'il ne faut pas faire (risque de « retraumatiser », approches et techniques non recommandées / non validées / controversées, etc.)

5. Suivi

- Organisation de la prise en charge pluridisciplinaire coordonnée au long cours (lien avec les services de protection et judiciaires)
- Prévention de nouvelles violences subies ou commises

Les situations particulières (dépendance, handicap, personnes âgées, etc.) seront traitées dans chaque chapitre.

Les questions 2 à 5 seront traitées séparément pour l'adulte d'une part et pour les bébés/enfants/adolescents d'autre part (voir 2.1 Méthode de travail envisagée).

2. Modalités de réalisation

- ☒ HAS
- ☐ Label
- ☐ Partenariat

Ces recommandations seront réalisées en lien avec le CN2R². Le CN2R a pour missions notamment de consolider l'état des savoirs dans le champ des traumatismes psychologiques et d'améliorer les modalités de prise en charge psychologiques, de diffuser de bonnes pratiques en matière de prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques, de former les professionnels notamment à travers l'élaboration d'outils pédagogiques et l'animation scientifique du réseau des dispositifs de prise en charge dans ce domaine, de faire le lien avec le réseau national de l'urgence médico-psychologique (CUMP) et les autres acteurs du soin médico-psychologique et de l'aide aux victimes, en s'appuyant sur les centres régionaux du psychotraumatisme, en cours de reconnaissance par le Ministère de la santé (au nombre de 10 en 2020).

2.1. Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

La méthode « Recommandations pour la pratique clinique (RPC) » sera utilisée (https://www.has-sante.fr/jcms/c_431294/recommandations-pour-la-pratique-clinique-rpc)

Dans la mesure où les modalités et les acteurs du repérage et de la prise en charge diffèrent entre les adultes et les bébés/enfants/adolescents, tant au niveau sanitaire que juridique, il est proposé de mettre en place deux groupes de travail distincts pour les adultes d'une part, et pour les bébés/enfants/adolescents d'autre part.

Étant donné que la plupart des bébés/enfants/adolescents traumatisés, d'autant plus s'ils n'ont pas été repérés et pris en charge à temps, présenteront des troubles complexes à l'âge adulte, il semble nécessaire que des membres du groupe de travail « adultes » fassent également partie du groupe de travail « bébés/enfants/adolescents » et que la coordination des deux groupes soit faite en lien étroit (même équipe projet, réunions régulières avec le/les chef de projet et les présidents des deux groupes, experts communs dans les groupes de lecture, etc.)

² <http://cn2r.fr/>

2.2. Composition qualitative des groupes

2.2.1. Groupe « Bébé/enfants/adolescents »

Groupe de travail (15 à 20 personnes)

- Médecin généraliste
- Pédiatre
- Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent/ d'unité parents-bébé
- Médecin légiste spécialisé en pédiatrie
- Addictologue
- Urgentiste
- Médecin et/ou infirmier scolaire
- Gynécologue
- Psychologue / neuropsychologue
- Psychomotricien
- Professionnel de la protection de l'enfance
- Infirmier puériculteur
- Spécialistes de médecine physique et de réadaptation et/ou orthopédie et traumatologie
- Représentant des services de police et de gendarmerie
- Procureur en charge des affaires de mineurs et juge des enfants
- Représentant d'usagers (notamment membres de la « communauté à l'épreuve du psychotraumatisme » du CN2R)
- Participation d'un chef de projet de la Direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social (DIQASM) de la HAS

Groupe de lecture (50 à 80 personnes)

Même composition qualitative que le groupe de travail avec en plus :

- Enseignants/professionnel de l'éducation nationale
- Représentants des métiers à risque : soldats, policiers, sapeurs-pompiers, reporters de guerre, milieu carcéral, secouristes bénévoles, etc.
- Orthophonistes
- Kinésithérapeutes
- Spécialistes de chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique Spécialistes de soins palliatifs
- Cancérologues
- Associations d'aide aux victimes (dont juristes)
- Membres de groupe de travail « Adultes »

2.2.2. Groupe « Adultes »

Groupe de travail (15 à 20 personnes)

- Médecin généraliste
- Psychiatre (adulte / personne âgée)
- Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent

- Médecin légiste
- Addictologue
- Urgentiste
- Gériatre
- Gynécologue
- Médecin du travail
- Médecin (psychiatre) militaire
- Spécialistes de médecine physique et de réadaptation et/ou orthopédie et traumatologique
- Infirmier
- Pompier / secouriste
- Psychologue / neuropsychologue
- Psychomotricien
- Professionnel du social et médico-social
- Représentant des services de police et de gendarmerie
- Avocat / Juge
- Représentant d'usagers (notamment membres de la « communauté à l'épreuve du psychotraumatisme » du CN2R)
- Participation d'un chef de projet DIQASM (HAS)

Groupe de lecture (50 à 80 personnes)

Même composition qualitative que le groupe de travail avec en plus :

- Représentants des métiers à risque : soldats, policiers, sapeurs-pompiers, reporters de guerre, milieu carcéral, secouristes bénévoles, etc.
- Orthophonistes
- Kinésithérapeutes
- Spécialistes de chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique Spécialistes de soins palliatifs
- Cancérologues
- Pédiatres
- Associations d'aide aux victimes (dont juristes)
- Membres du groupe de travail « Bébés/enfants/adolescents »

On veillera à inclure des experts issus des services / structures cibles (Cf. liste en 1.4).

2.3. Productions prévues

Bébés/enfants/adolescents	Adultes
Recommandations de pratique clinique	Recommandations de pratique clinique
Argumentaire scientifique	Argumentaire scientifique
Fiches outils professionnels*	Fiches outils professionnels*
Fiches patients/usagers	Fiches patients/usagers

*Les fiches outils à destination des professionnels des établissements sociaux et médico sociaux seront élaborées par la DIQASM

3. Calendrier prévisionnel des productions

- Cadrage : Validation par le Collège de la HAS : octobre 2020
- Revue de la littérature : octobre 2020 - juin 2021
- Réunions des groupes de travail : février 2021 – septembre 2021
 - Phase de lecture : juillet 2021
- Validation par le Collège de la HAS : novembre 2021

Annexe 1. État des lieux documentaire

Données disponibles

Assemblée Nationale

Recherche préliminaire

2020 "Rapport sur la proposition de loi, après engagement de la procédure accélérée, visant à protéger les victimes de violences conjugales, Par Mme Nicole Le Peih"

2020 "Rapport sur la proposition de loi, après engagement de la procédure accélérée, visant à protéger les victimes de violences conjugales, Par Mme Bérengère Couillard"

2019 "Rapport d'information en conclusion des travaux d'une mission d'information sur le suivi des blessés, Par Mmes Anissa Khedher Et Laurence Trastour-Isnart"

2019 "Rapport sur la proposition de loi relative aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants, Par Mme Valérie Boyer"

2019 "Rapport sur la proposition de loi relative aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants et la proposition de loi visant à agir contre les violences faites aux femmes, Par Mme Fiona Lazaar"

2019 "Rapport d'information, sur l'élaboration du Livre Blanc portant sur la lutte contre les violences conjugales TOME I, Par Mme Marie-Pierre Rixain"

2019 "Rapport d'information, sur l'élaboration du Livre Blanc portant sur la lutte contre les violences conjugales TOME II, Par Mme Marie-Pierre Rixain"

2011 Rapport de la mission d'information de l'Assemblée nationale sur les risques psychosociaux au travail.

Rapports du Sénat

2020 Sur l'obligation de signalement par les professionnels astreints à un secret des violences commises sur les mineurs.

2019 Sur la sécurité des sapeurs-pompiers

2019 Sur la gestion des risques climatiques et l'évolution de nos régimes d'indemnisation

2019 Sur l'enquête de la Cour des comptes sur l'indemnisation des victimes du terrorisme

2019 Dénoncer, pour y mettre fin, le mariage des enfants et les grossesses précoces : un enjeu décisif pour les droits des filles, partout dans le monde

2018 #PasDeVague : la détresse des enseignants face à la violence scolaire

2018 Risques naturels majeurs : urgence déclarée outre-mer

2018 Vaincre le malaise des forces de sécurité intérieure : une exigence républicaine

2018 Prévenir et combattre les violences faites aux femmes : un enjeu de société

2018 Mutilations sexuelles féminines : une menace toujours présente, une mobilisation à renforcer

2018 Protéger les mineurs victimes d'infractions sexuelles

2017 Mineurs non-accompagnés : répondre à l'urgence qui s'installe

2016 L'Europe au défi des migrants : agir vraiment !

2016 Traite des êtres humains, esclavage moderne : femmes et mineur-e-s, premières victimes

2016 2006-2016 : un combat inachevé contre les violences conjugales

2015 Table ronde « Les collectivités territoriales et l'accueil des réfugiés : crises et perspectives »

2014 Protection de l'enfance : améliorer le dispositif dans l'intérêt de l'enfant

	2014	Proposition de loi renforçant la lutte contre le système prostitutionnel : Prostitution : la plus vieille violence du monde faite aux femmes
	2013	Pour que le viol et les violences sexuelles cessent d'être des armes de guerre
	2013	Situation sanitaire et sociale des personnes prostituées : inverser le regard
	2013	Traite des êtres humains et violences faites aux femmes : priorités nationales, lutte internationale
	2012	Groupe de travail sur le harcèlement sexuel
	2011	Politique familiale et protection de l'enfance : quelles leçons tirer du modèle québécois ?
	2010	Le mal-être au travail : passer du diagnostic à l'action
	2010	Violences au sein des couples
	2010	Mariages forcés, crimes dits d'honneur
Travaux HAS / ANESM : recommandations de bonne pratique (RBP)	2020	Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours
	2019	Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple
	2018	L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits "Mineurs isolés étrangers (MNA)"
	2018	Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration
	2017	Repérage et accompagnement en Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des victimes et des auteurs de violences au sein du couple
	2017	L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation
	2017	Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir
	2017	Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement
	2017	Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout
	2017	Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours
	2016	État de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe et identification des facteurs de vulnérabilité sanitaire
	2015	Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives
	2015	Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce
	2014	La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile
	2014	Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours
	2012	Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur
	2011	Certificat médical initial concernant une personne victime de violences

	2008 Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses
	2007 Affections psychiatriques de longue durée, Troubles anxieux graves
	2007 Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans)
	2005 Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires
	2000 La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)	2018. Les attentats nous terrorisent-ils ?
	2016. Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés
	2010. Violences et santé en France
	2010. La deuxième vie du traumatisme psychique. Cellules médico-psychologiques et interventions psychiatriques humanitaires
	2008. Perdre un parent pendant l'enfance : quels effets sur le parcours scolaire, professionnel, familial et sur la santé à l'âge adulte?
	2005. Les enfants et adolescents pris en charge dans les Centres médico-psycho-pédagogiques
	2005. Enquête nationale sur les enfants et adolescents suivis dans les centres médico-psycho-pédagogiques du 20 janvier au 2 février 2003
Santé Publique France	2018 "BEH 13 Novembre 2018. Les attentats de 2015 en France : mesurer leur impact en santé publique pour mieux préparer la réponse"
	2018 "BEH 9 Janvier 2018. Impact psychologique post-inondations en zone de montagne : effets à court, moyen et long terme"
	2016 Impact sanitaire des inondations de juin 2013 dans le Sud-Ouest
	2015 Bulletin national d'information OSCOUR du 9 au 15 novembre 2015
	2015 Caractéristiques sociodémographiques et santé des familles sans logement en Île-de-France : premiers résultats de l'étude Enfams, 2013
	2015 Rapport final de la cohorte des travailleurs de l'agglomération toulousaine (cohorte santé « AZF »). Conséquences sanitaires de l'explosion survenue à l'usine AZF le 21 septembre 2001
	2011 Bilan de la surveillance des conséquences psychologiques et sanitaires de la tempête Xynthia dans le sud-ouest de la Vendée en 2010
	2007 Conséquences sanitaires de l'explosion survenue à l'usine "AZF" le 21 septembre 2001. Rapport final sur les conséquences à un an dans la population des travailleurs et des sauveteurs de l'agglomération toulousaine
	2006 Conséquences sanitaires de l'explosion survenue à l'usine "AZF" le 21 septembre 2001. Rapport final sur les conséquences sanitaires chez les enfants toulousains
	2004 Utilisation des systèmes d'information sanitaire pour le bilan et l'aide à la décision après l'explosion de l'usine "AZF" à Toulouse le 21 septembre 2001
Autres recommandations internationales existantes (liste non exhaustive)	France. Rapport « Les enfants exposés aux violences au sein du couple : Quelles recommandations pour les pouvoirs publics ». Ministère de la santé et des solidarités, 2016.
	Royaume-Uni : <i>National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2018 : Guidelines for the management of post-traumatic stress disorder.</i>
	<i>Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the prevention of PTSD in adults.</i>

Etats-Unis.

VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Department of Veterans Affairs and the Department of Defense guidelines, 2017.

Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.). The Guilford Press. 2009.

Treatment of PTSD: assessment of the evidence. Institute of medicine, 2008.

Practice guideline for the treatment of patients with ASD and PTSD. American psychiatric association, 2004.

Australie. Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and PTSD. Australian national health and medical research council, 2007.

Analyse quantitative des données disponibles

Recommandations et conférences de consensus : 110

Métanalyses et revues systématiques : 173

Travaux et études en cours ou prévues

Étude de cohorte post 13 Novembre 2015, Paris. Propanolol et blocage de la reconsolidation des souvenirs traumatiques, APHP et CNRS

HAS : Annonce et accompagnement des situations d'enfants et adolescents en danger (en cours)

HAS : Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie (en cours)

Annexe 2. Références

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM 5 Washington: APA; 2013.
2. Vaiva G, Jehel L, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, Rouillon F, *et al.* Prévalence des troubles psychotraumatiques dans l'enquête de OMS "santé mentale en population générale". *L'Encéphale* 2008;34:577-83.
3. European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, *et al.* Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;(420):21-7.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>
4. Janoff-Bulman R. The aftermath of victimization: rebuilding shattered assumptions. Dans: Figley CR, ed. *Trauma and its wake : the study and treatment of post-traumatic stress disorder*. New York: Brunner Mazel; 1985. p. 15-35.
5. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: applications of the schema construct. *Social Cognition* 1989;7:113-36.
6. Janoff-Bulman R. *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press; 1992.
7. Janoff-Bulman R, McPherson Frantz C. The impact of trauma on meaning: from meaningless world to meaningful life. Dans: Power MJ, Brewin CR, ed. *The transformation of meaning in psychological therapies: integrating theory and practice*. Chichester: Wiley; 1997. p. 91-106.
8. Power MJ, Brewin CR. *The transformation of meaning in psychological therapies: integrating theory and practice*. Chichester: John Wiley and Sons; 1997.
9. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48(3):216-22.
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810270028003>
10. Alisic E, van der Schoot TA, van Ginkel JR, Kleber RJ. Looking beyond posttraumatic stress disorder in children: posttraumatic stress reactions, posttraumatic growth, and quality of life in a general population sample. *J Clin Psychiatry* 2008;69(9):1455-61.
<http://dx.doi.org/10.4088/jcp.v69n0913>
11. Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(5):577-84.
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
12. McLaughlin KA, Koenen KC, Hill ED, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, *et al.* Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013;52(8):815-30 e14.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.011>
13. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: The Guilford Press; 2016.
14. Cloitre M, Cohen LR, Koenen KC. *Traiter les victimes de maltraitance infantile. Psychothérapie de l'existence interrompue*. Paris: Dunod; 2014.
15. Van der Kolk BA, D'Andrea W. Towards a developmental trauma disorder diagnosis for childhood interpersonal trauma. Dans: Lanius RA, Vermetten E, Pain C, ed. *The impact of early life trauma on health and disease: the hidden epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. p. 57-68.
16. Ford JD, Courtois CA. *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: Scientific foundations and therapeutic models*. New York: The Guilford Press; 2013.
17. Herman JL. Complex PTSD : a syndrom in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Traumatic Stress* 1992;5(3):377-91.
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
18. Herman JL. Sequelae of prolonged and repeated trauma : evidence for a complex posttraumatic syndrome (DESNOS). Dans: Davidson JR, Foa EB, ed. *Posttraumatic stress disorder : DSM IV and beyond*. Washington: APA; 1993.
19. Karam EG, Friedman MJ, Hill ED, Kessler RC, McLaughlin KA, Petukhova M, *et al.* Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depress Anxiety* 2014;31(2):130-42. <http://dx.doi.org/10.1002/da.22169>
20. Marmar CR, Schlenger W, Henn-Haase C, Qian M, Purchia E, Li M, *et al.* Course of Posttraumatic Stress Disorder 40 Years After the Vietnam War: Findings From the National Vietnam Veterans Longitudinal Study. *JAMA Psychiatr* 2015;72(9):875-81.
<http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0803>
21. World Health Organization. ICD-11 Beta Draft. 6B42 Prolonged Grief Disorder. [En ligne] 2015. <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentfity%2f1183832314>
22. Edinburgh L, Saewyc E, Levitt C. Caring for young adolescent sexual abuse victims in a hospital-based children's advocacy center. *Child Abuse Neglect* 2008;32(12):1119-26.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.05.006>
23. Tishelman AC, Meyer SK, Haney P, McLeod SK. The clinical-forensic dichotomy in sexual abuse evaluations: moving toward an integrative model. *J Child Sexual Abuse* 2010;19(5):590-608.
<http://dx.doi.org/10.1080/10538712.2010.512553>

24. National Institute for Health and Care Excellence.
Post-traumatic stress disorder. London: NICE; 2018.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>