



Groupe Hospitalier
Artois-Ternois

CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS



Prise en charge de l'impact psychique des inondations chez les sinistrés du Pas de Calais



Dr Laure ROUGEGREZ, psychiatre CUMP 62



Webinaire URPS 29/01/2024

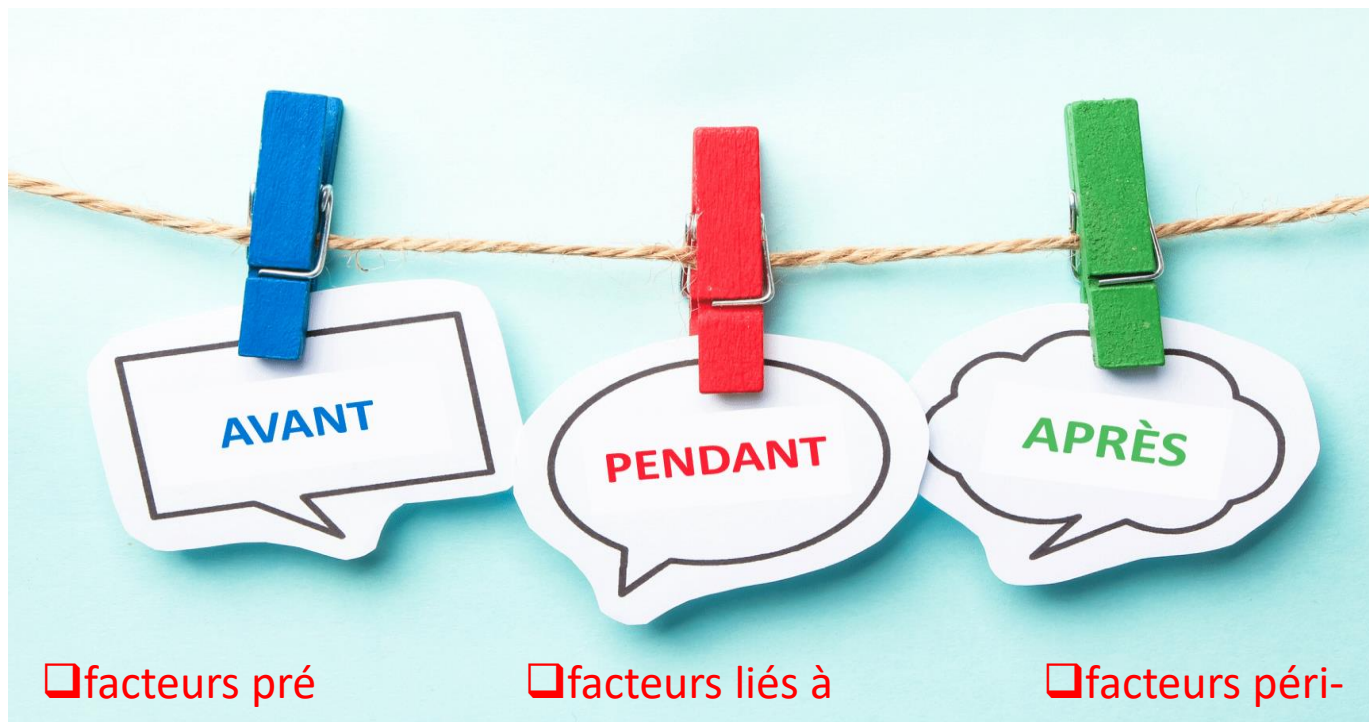
Etat des lieux



- Prévalence vie entière du TSPT
 - 5 à 6% en population générale
- Proportion importante de chronicisation du TSPT non traité
 - avec troubles psychiatriques comorbides dans 75% des cas (suicide, EDM, troubles anxieux, ASPA)
- Symptomatologie d'évitement limitant le recours aux soins
 - intérêt d'une proactivité dans le dépistage et l'orientation secondaire



- Enjeu d'un dépistage précoce pour une orientation et des soins spécifiques rapides
- 70 à 80% de rémissions dans les jours/semaines suivants l'événement
- **FDR identifiés de développer des séquelles psychotraumatiques**



facteurs pré exposition

Sexe F/age jeune/ATCD
psy/abus ds
l'enfance/ATCD
psychotrauma/défaut de
support social

facteurs liés à l'événement

intentionnalité
humaine, proximité
physique,

facteurs péri-traumatiques

détresse émotionnelle,
dissociation
péritraumatique, TSA,
faible soutien social,
séquelles physiques de
l'événement



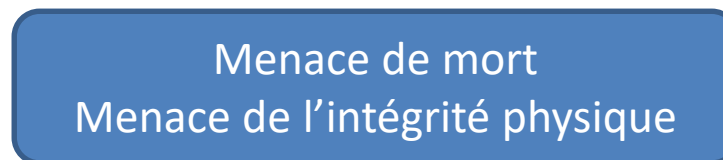
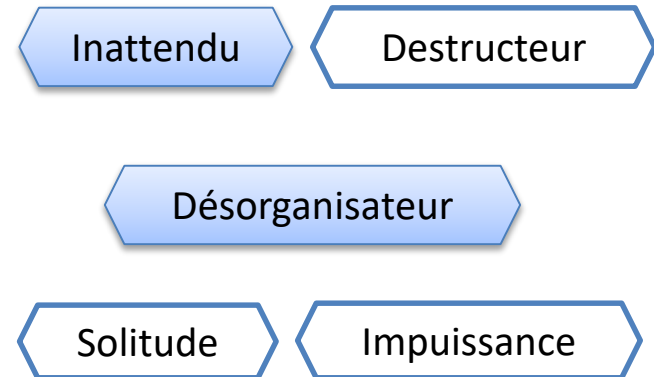
- Evènement traumatique: **Inattendu**
- **Irruption de violence** sans avoir pu s'y préparer: **Stupeur et Effroi**

Le ciel vous tombe sur la tête

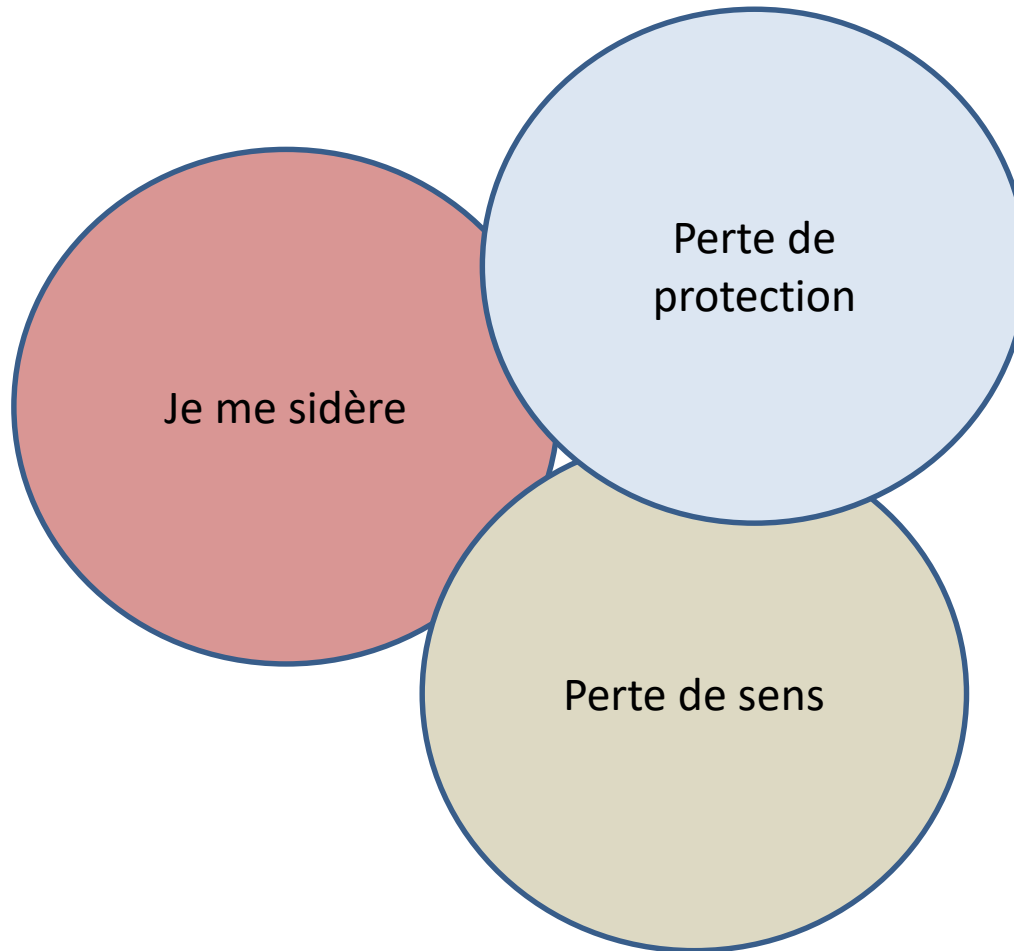


- Perte de l'unité psychique et perte des repères
- **Triple effondrement** narcissique de Crocq
 - Effondrement de l'illusion d'invulnérabilité
 - Ecoulement de la croyance en un environnement sécurisant
 - Perte de la conviction que l'humanité est bonne

Un évènement traumatique



Les 3 verrous du trauma



Particularités chez l'enfant

- Le développement psychomoteur et cognitif de l'enfant joue un rôle dans sa perception de l'évènement (sensoriel, marche, langage, conceptualisation de la mort)
- Rencontre avec l'évènement traumatique mais aussi aux caregivers impactés
- Séparation avec les caregivers durant l'évènement
- Théories infantiles effondrées (identité, narcissisme)





Chez l'enfant

- **Atteinte des théories infantiles**, qui conditionnent le développement de l'identité personnelle:
 - Invulnérabilité des caregivers
 - Protection infaillible des caregivers
 - Perception du danger
 - Estime de soi et sentiment de compétence personnelle
 - représentation de soi et des autres
 - habiletés sociales



Chez l'enfant

- **Atteinte du développement neurocognitif**
 - capacités d'autorégulation des émotions et de l'agressivité
 - capacités d'apprentissage
 - mémoire
 - fonctions exécutives
- **Atteinte des patterns d'attachement** (théorie de l'attachement)
- **Atteinte des processus de séparation / individuation**
- **Développement de troubles de la personnalité**

Etat de stress aigu

On parle d'état et non de trouble car pas pathologique mais adaptatif

- **Reviviscences:** flashes diurnes, cauchemars traumatiques
- **Symptômes dissociatifs**
Altération de la perception de la réalité, de son environnement ou de soi-même
- **Symptômes d'évitement**
Efforts volontaires
- **Symptômes d'hyperéveil**
Troubles du sommeil, hyper-vigilance, concentration
- **Humeur négative**
Incapacités d'éprouver des émotions positives



Emotions post-traumatiques

- PEUR
- HONTE
- CULPABILITE
- COLERE
- Solitude
- Tristesse
- Humiliation...



Pensées post-traumatiques

Pensées centrées sur:

- Comportement pendant évènement
- Difficultés et symptômes post-traumatiques
- Sécurité et bienveillance du monde
- Réaction des autres...

Chez l'enfant

Symptomatologie classique + symptomatologie spécifique au stade développemental

0-1 an

- retrait
- détresse
- régression développementale
- troubles appétit et sommeil
- détresse aux indices évocateurs

6-11 ans

- *idem +*
- difficultés scolaires
- irritabilité / colère

1-2 ans

- *idem +*
- apathie / agitation
- troubles du jeu
- terreurs nocturnes
- agrippement à l'adulte

Adolescents

- augmentation impulsivité
- consommation de toxiques
- conduites à risque
- somatisation
- TCA
- colère

2-6 ans

- jeux post-traumatiques (3 types)
- dessins traumatiques
- peu de reviviscences
- phobies et peurs
- agitation
- comportements régressifs
- anxiété de séparation
- attitudes pseudo-manipulatoires
- manifestation somatiques
- cauchemars

CGI -Sévérité



Score CGI (entre 0 et 7) :



0	1	2	3	4	5	6	7
Non évalué	Normal, pas du tout malade	A la limite	Légèrement malade	Modérément malade	Manifestement malade	Gravement malade	Parmi les patients les plus malades

Fonction de l'évaluateur CGI : Psychiatre Psychologue Interne IDE

Quel est le niveau de gravité de l'impact psychotraumatique de l'événement sur le patient ?



Evaluation du soignant de la **gravité de l'état clinique du patient**
- sur une échelle de sept points

Réaction de stress adaptée



- focalisatrice d'attention
- mobilisatrice d'énergie
- incitatrice à l'action

Réaction
utile

Climat de
tension
psychique
important

- Cognitif
- Emotionnel
- Volitionnel
- Comportemental

Réaction
coûteuse
en énergie

Capital
épuisable

- décharges émotives
- décharges
neurovégétatives

Clinique immédiate du trauma

Réaction de stress dépassée

- Lié à un stress d'emblée trop intense, ou prolongé ou répété

Dépassement des capacités de régulation émotionnelle

Epuisement des réserves énergétiques

Désorganisation psychique

Réactions archaïques, stéréotypées, inadaptées

- Se manifeste par des réactions inadaptées

Sidération
Agitation

- Fuite panique
- Action automatique

La sidération



Plan cognitif
stupéfaction

Plan affectif
stupeur

Plan moteur
immobilité

Rosemay - Sidération

L'agitation



Réaction
incoordonnée
et stérile

Besoin
impérieux
d'agir

Impulsion
irréfléchie



Contagion +++
**→ manifestations
collectives**

La fuite panique



Soustraction
brutale au
danger

Fuite de la zone de
danger n'importe où
et n'importe
comment

Parfois
presque
adaptative
Parfois
inadaptée
voire
suicidaire



Contagion +++
**→ manifestations
collectives**

L'action automatique



Séquence de gestes automatiques d'un individu en état de choc et de désarroi

Véritable automate spontané ou par mimétisme

Pour l'observateur extérieur : semble cohérent et adaptatif

La dissociation péri traumatique



Distorsions temporelles
Détachement ou
anesthésie émotionnelle



Déréalisation = altération
de la perception de la
réalité

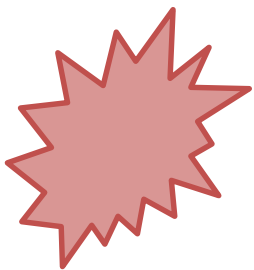


Dépersonnalisation =
altération de la perception de
son soi et/ou de son corps

Facteurs de protection



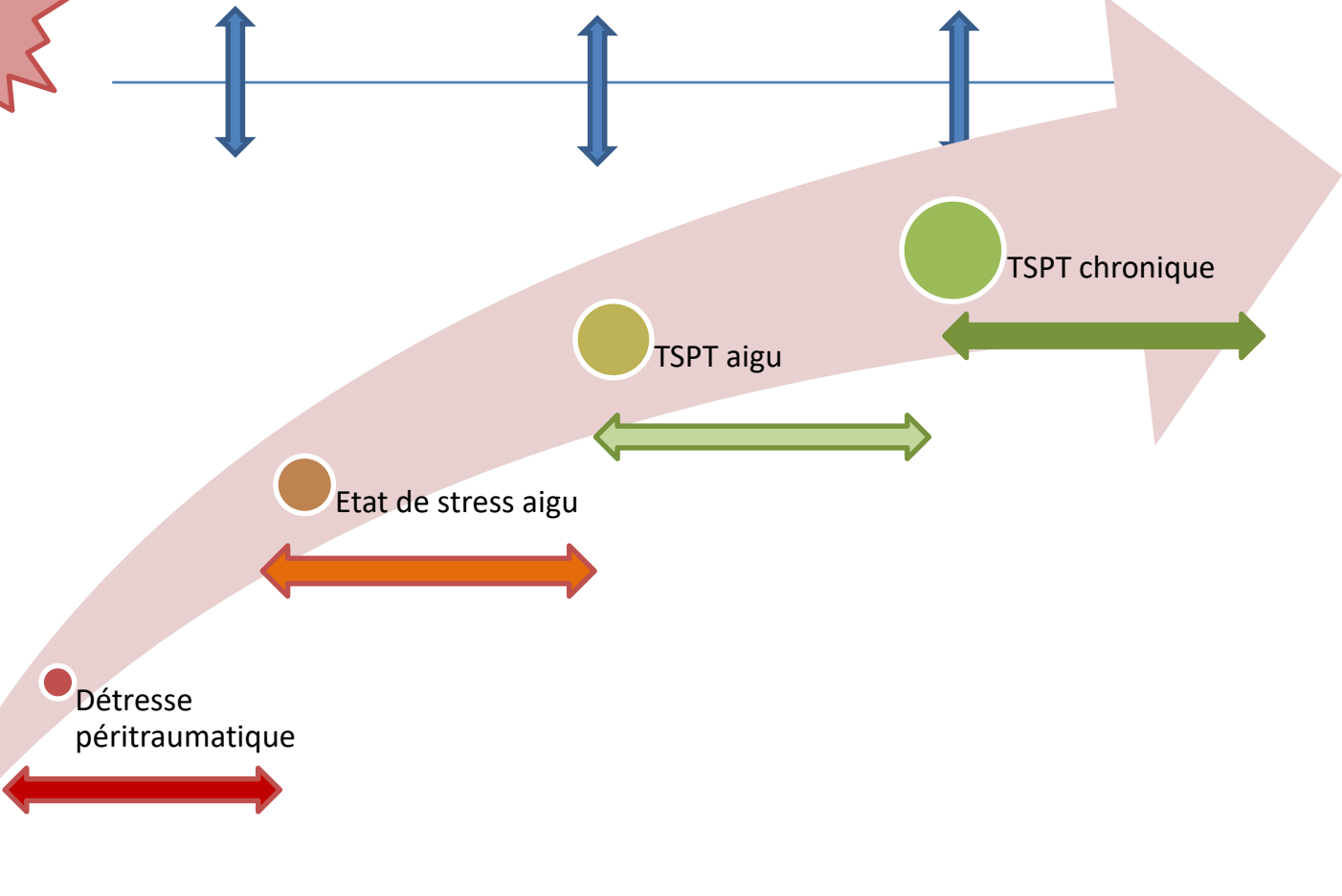
- Sentiment d'efficacité personnelle perçu
 - Comportement adapté pendant l'évènement
- Soutien social de qualité



2 jours

1 mois

3 mois



Détresse péritraumatique

Etat de stress aigu

TSPT aigu

TSPT chronique

Détresse péritraumatique (<24-48h)

- **Manifestations cliniques bruyantes (agitation, fuite panique, ...)**
 - BZD per os « **one shot** » :
 - Alprazolam : 0.25 à 0.50 mg / Diazépam : 10 à 20 mg / lorazepam 1 à 2mg
 - Hydroxyzine : 25 à 50 mg
 - Propranolol : 20 à 40 mg (une prise)
 - Intérêt des opiacés quand blessures physiques
 - Antipsychotique ou neuroleptiques sédatifs uniquement si décompensation d'une pathologique psychotique antérieur
 - **sidération, dissociation, comportement automatique :**
 - Surveillance clinique simple

État de stress aigu

phase post-immédiate (+48h)

- **Pas de BZD systématique / PAS d'ISRS ou IRSNA**
 - consignes de prudence à évoquer avec les patients
 - **Anxiété massive**
 - Hydroxyzine : 50 à 150 mg/j en 3 prises
 - Propranolol : 80 à 120 mg/j sous surveillance somatique
- **Troubles du sommeil massifs :**
 - Hydroxyzine : 50 mg au coucher
 - BZD à visée hypnotique au coucher
 - Propranolol : 20 à 40 mg au coucher

Sur le plan psychothérapeutique

Prendre acte de la souffrance ressentie

Insister sur le vécu émotionnel et non le récit factuel

Verbalisation : efficace & bénéfique chez sujets en état de stress adapté

Ne pas déculpabiliser à tout prix

- *La culpabilité en post immédiat correspond à une tentative de reprise de contrôle du sujet sur ce qu'il a vécu*

Ne pas chercher à tout résoudre ou s'engager à propos de solutions que l'on ne pourra pas tenir



Attitude chaleureuse mais contenante

Admettre ses limites
personnelles

Etre capable de
supporter la
souffrance de l'autre
sans en être trop
affecté

des réactions
défensives de fuite ou
d'indifférence altèrent
le sentiment
d'appartenance

Une « défaillance » du
système d'assistance
renvoie à l'horreur du
trauma

Associations d'aide aux victimes

SOLFA 03 21 70 82 75/ 07 83 82 29 05

UDCIDFF 03 21 57 98 57

France VICTIMES 62 03 21 71 62 00

France Victimes

analyse des besoins

soutien psychologique

information sur les
droits

accompagnement dans
les démarches

**orientation adaptée vers
des partenaires** (avocats,
experts, psychologues,
assistants sociaux,
notaires, huissiers...)



Permanence téléphonique pour les usagers

03 21 71 62 00



Permanence physique sur RDV, 50 points dans le département

50 points dans le département



Proactivité

possibilité de recontact
téléphonique de la personne

accord préalable

Trouble de stress post traumatique

Syndrome de répétition envahissant

Flashes, cauchemars

Humeur négative
altérations négatives persistantes

Symptômes d'évitement

Efforts volontaires

Symptômes d'hyperéveil neurovégétatif

Troubles du sommeil, hyper-vigilance,

Evolution supérieure à un mois

Principes de prise en charge : l'information



Psychopathologie des troubles

- Pathologie de l'encodage mnésique
- Pas un processus psychotique (/sd de reviviscences)



Nécessité de limiter les stress

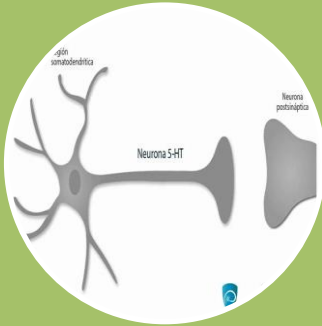
- Favoriser le sommeil
- Sensibiliser au risque d'ASPA et OH
- Possibilité de résurgence d'événements traumatiques antérieures



Réinjecter de l'espoir

- Pathologie bien connue
- Bonne réponse au traitement psychothérapeutique

Prise en charge pharmacologique



ISRS

Recommandations HAS
AMM *Paroxetine* et *Sertraline*
Venlafaxine, efficacité empirique



Prise en charge des paroxysmes anxieux
BZD pour prévenir la levée d'inhibition



Prazosine, 1 à 5mg/ jours
Efficacité empirique sur les cauchemars traumatiques

Recommandations

HAS 2007

Le traitement de choix de l'ESPT est la TCC centrée sur le trauma ou l'EMDR

Rapport INSERM Juin 2015

Concernant l'ESPT, TCC et EMDR en 1ere intention

PCL-5

Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté **dans le dernier mois**.

<i>Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience					

8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

Psychotrauma chez l'enfant

Plus un enfant est jeune, plus il est à risque d'être impacté en cas d'évènement traumatique.

Immaturité cognitive : moins l'enfant a les moyens de comprendre ce qui lui arrive, plus il peut être impacté. N'ayant pas accès au langage, à la pensée conceptuelle et n'ayant aucune perception intégrative (avant 1 an), il peut néanmoins ressentir : vécu d'absence de protection, d'impuissance, de chaos sensoriel.

Dépendance à l'adulte (extrême avant apparition du langage)

- restaurer le lien si séparation pendant l'évènement.

Système de régulation émotionnelle en construction : l'enfant va être impacté, non seulement par l'évènement traumatique, mais aussi par l'impact de cet évènement sur ses figures d'attachement.

- favoriser l'apaisement des figures d'attachement.

De 0 à 2 ans

Repères développementaux

Le nourrisson **n'a pas encore acquis** :

- la **marche** (donc impossibilité de fuir, de se cacher)
- la **parole** (impossibilité de verbaliser, de comprendre ce qui est dit, d'appeler à l'aide)
- la **permanence de l'objet** (donc ne peut pas concevoir que la mère continue d'exister quand elle n'est pas là)

Pensée conceptuelle peu développée, surtout concernant la mort ou l'intégrité physique

Vécu pendant l'évènement / psychopathologie

- totale **impuissance**
- **chaos sensoriel** = enfant débordé par des perceptions sensorielles violentes, non filtrées par des adultes (bruits assourdissants, cris, faim, douleur, chaleur, froid intense...), le tout sans mots
- séparation brutale d'avec les parents + chaos sensoriel = équivalent à une **expérience de mort** chez un adulte (Bailly)

Manifestations cliniques spécifiques post-immédiates

Reviviscences

- détresse face aux signaux / personnes rappelant le traumatisme

Comportement :

- apathie / passivité, ou agitation avec pleurs et cris,
- repli
- diminution du jeu
- perturbations des interactions avec son entourage
- agrippement à l'adulte

Régression /perte momentanée des acquisitions :

-troubles du développement psychomoteur et /ou psychoaffectif (recherche d'objets sécurisants, difficultés de séparation)

Manifestations neurovégétatives / somatiques :

- sommeil perturbé
 - appétit perturbé (refus biberon)
 - hypervigilance,
 - irritabilité
- manifestations psychosomatiques (notamment dermatologiques)

Sémiologie parentale

- figures d'attachement moins disponibles et moins attentives à l'enfant, pauvreté du nursing et des interactions
- moindres capacités à sécuriser et apaiser l'enfant, portage difficile / peu contenant
- stratégies éducatives plus coercitives
- moindre tolérance aux pleurs, à l'agrippement et aux demandes d'attention

De 2 à 6 ans

Repères développementaux

Acquisition de la marche et de la parole, mais pas encore de pensée abstraite.

Grande **dépendance** à la réaction des figures d'attachement.

Vécu pendant l'évènement / psychopathologie

- Trauma = conséquence de l'effroi vécu par l'enfant, mais aussi de l'effroi de l'adulte impuissant.
- Perte de la croyance en l'invulnérabilité parentale, en l'infailibilité de sa protection
- Difficultés d'appréciation du danger
- Réaction passive, incapacité à se protéger, paraît tétanisé, renfermé, muet
- Agitation, désorganisation
- Difficultés de verbalisation du vécu

Manifestations cliniques spécifiques post- immédiates

Répétition

- jeu et dessin traumatique (sans plaisir, répétitif, monotone)
- remise en actes de l'évènement
- narration compulsive de l'évènement, questions itératives
- peu de flashs, mais reviviscences motrices
- cauchemars non spécifiques, contenu angoissant
- nouvelles peurs /phobies

Hyperactivité neurovégétative

- troubles du sommeil (terreurs nocturnes, difficultés à s'endormir, protestations, refus de dormir seul)

Engourdissement de la sensibilité ou interférence avec l'élan du développement

- Baisse de l'élan vital, retrait, restriction des affects, désinvestissement, baisse des intérêts
- retard de développement, régression, demande d'assistance, énurésie, reprise d'objets sécurisants
- agrippement, anxiété de séparation, collage
- hyperesthésie sensorielle (notamment chez les enfants sidérés)
- comportements défaitistes, agressifs, provocation, tentatives de contrôle

Sémiologie parentale

- pauvreté des interactions
- figures d'attachement moins disponibles, moins attentives à l'enfant
- moindres capacités à sécuriser et apaiser l'enfant
- stratégies éducatives plus coercitives
- moindre tolérance aux pleurs, aux tentatives de négociation de l'enfant, à l'agrippement et aux demandes d'attention
- comportement hyper-protecteur vis-à-vis de l'enfant
- projection de leurs propres craintes sur l'enfant

De 6 à 12 ans

clinique du TSPT

Syndrome de répétition :

Jeux traumatiques (répétés, sans plaisir, coupé des autres), dessins traumatiques, narration excessive, reviviscences kinesthésiques (différence avec l'adulte : peu de reviviscences sous forme de flashes visuels).

Hyperactivité neurovégétative :

Troubles du sommeil, difficultés de concentration, hypervigilance avec sursauts, comportements agressifs.

Engourdissement de la sensibilité ou interférence avec l'élan du développement :

Réduction de l'intérêt pour les jeux, retrait social, conduites d'évitement, distorsions cognitives, agitation, registre émotionnel limité, hyperesthésie sensorielle, comportement régressifs, reprise d'objets sécurisants, anxiété de séparation.

Manifestations non spécifiques :

Asthénie, troubles du comportement, manifestations somatiques, difficultés scolaires, pensée magique : réattribution a posteriori d'un élément comme valeur de présence (réappropriation du trauma).

De 6 à 12 ans

séméiologie parentale

- Préoccupations, moins d'attention à l'enfant
- Moins de capacité à sécuriser, apaiser et à jouer
- Stratégies éducatives plus coercitives
- Comportement hyper-protecteur vis-à-vis de l'enfant
- Projection des craintes sur l'enfant : crainte que l'enfant n'éprouve les mêmes symptômes que lui

De 12 à 18 ans clinique du TSPT

Manifestations cliniques spécifiques :

Symptomatologie classique de l'adulte +

- Alternance de périodes de reviviscences puis d'évitement
- Augmentation de l'impulsivité et troubles du caractère
- Consommation abusive de toxiques
- Conduites suicidaires
- Conduites à risque
- Somatisations
- Troubles du comportement alimentaire
- Tendance à blâmer autrui pour ce qui s'est passé

De 12 à 18 ans

séméiologie parentale

- Moindre tolérance à l'irritabilité et aux conduites opposantes de l'adolescent
- Moindre tolérance aux mouvements d'individualisation de leur adolescent
- Intendance à "hyper-protéger" l'adolescent en l'empêchant de sortir
- Sentiment d'impuissance augmenté
- Difficultés plus grandes à gérer l'ambivalence de l'adolescent

Soutien aux parents :

- Les aider à comprendre les propos et comportements de leur enfant ainsi que leurs propres réactions. Doivent pouvoir tolérer les réactions de colère.
- Prévention concernant les réactions vives de l'adolescent, conduites à risque éventuelles.
- Encourager les parents à remettre en place des routines, à mobiliser leurs ressources. Maintenir le cadre éducatif précédemment établi tout en proposant plus de moments "familiaux" agréables.
 - Les inviter à limiter l'exposition de l'enfant (TV, conversations d'adultes).
 - Les expressions de vengeance de la part des adolescents doivent être prises sérieusement.

Psychotrauma chez l'enfant

Conseils aux parents

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

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

Ne pas les pousser à parler.

Donner des réponses simples, courtes et compréhensibles.

Écouter leurs ressentis sans jugement.

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

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

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

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

Consultation psychotrauma du 62

Consultations non sectorisées

Enfants ado adulte

Psycho IDE psychiatre

Secretariat 03 21 21 18 00

Possibilité primo évaluation téléphonique pour orientation sur des ressources locales

Nombreuses comorbidités du TSPT

- SDM: 40%
- Dépression récurrente: 17,5%
- TAG: 61,5%
- Trouble panique: 18,6%
- Phobie sociale: 15,9%
- Troubles liés à l'alcool: 13,5%
- Troubles liés à la consommation de drogue: 11,4%
- **Risque suicidaire: 30,9%**



Le TSPT c'est...

4 fois plus de Tentatives de suicide



7 fois plus de mort par suicide

Même en l'absence de comorbidité dépressive

Risque TSPT/Suicide

- Evènements interpersonnels (viols, agressions, enlèvements) sont plus à risque de TSPT et plus à risque de suicide
- Risque suicidaire augmente si trauma répété
- Histoires traumatiques les seraient les plus à risque : 37% de TSPT



Pour conclure



- Lien évident entre psychotrauma et suicide
- Risque suicidaire majoré en cas d'ESPT subsyndromique et en cas de trauma répété
- Pas toujours en lien avec une comorbidité dépressive
- Risque suicidaire encore plus élevé :
 - si comorbidité dépressive
 - ou « épuisement » du sujet dans sa lutte contre la répétition

Intérêt d'un repérage systématique des symptômes de TSPT dans une crise suicidaire

Le risque suicidaire

IMPLICATIONS POUR L'ÉVALUATION

R

U

D

HAS, 2021

IMPLICATIONS POUR L'ÉVALUATION

R

PROBABILITÉ DE
LONG TERME
CARACTÉRISE LA
PERSONNE
APPRÉHENSION
STATISTIQUE

U

D

Notredame // Toulouse // Janvier 2023

HAS, 2021



IMPLICATIONS POUR L'ÉVALUATION

R

PROBABILITÉ DE
LONG TERME
CARACTÉRISE LA
PERSONNE
APPRÉHENSION
STATISTIQUE

U

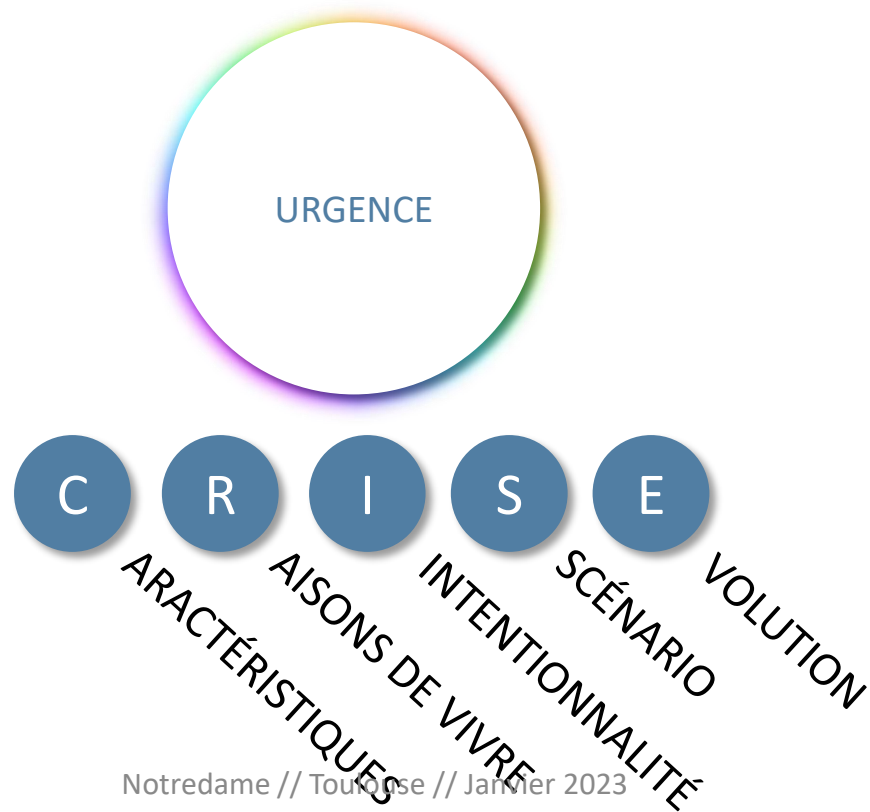
D

PROBABILITÉ DE
COURT TERME
CARACTÉRISE LA CRISE
APPRÉHENSION
CLINIQUE

Notredame // Toulouse // Janvier 2023

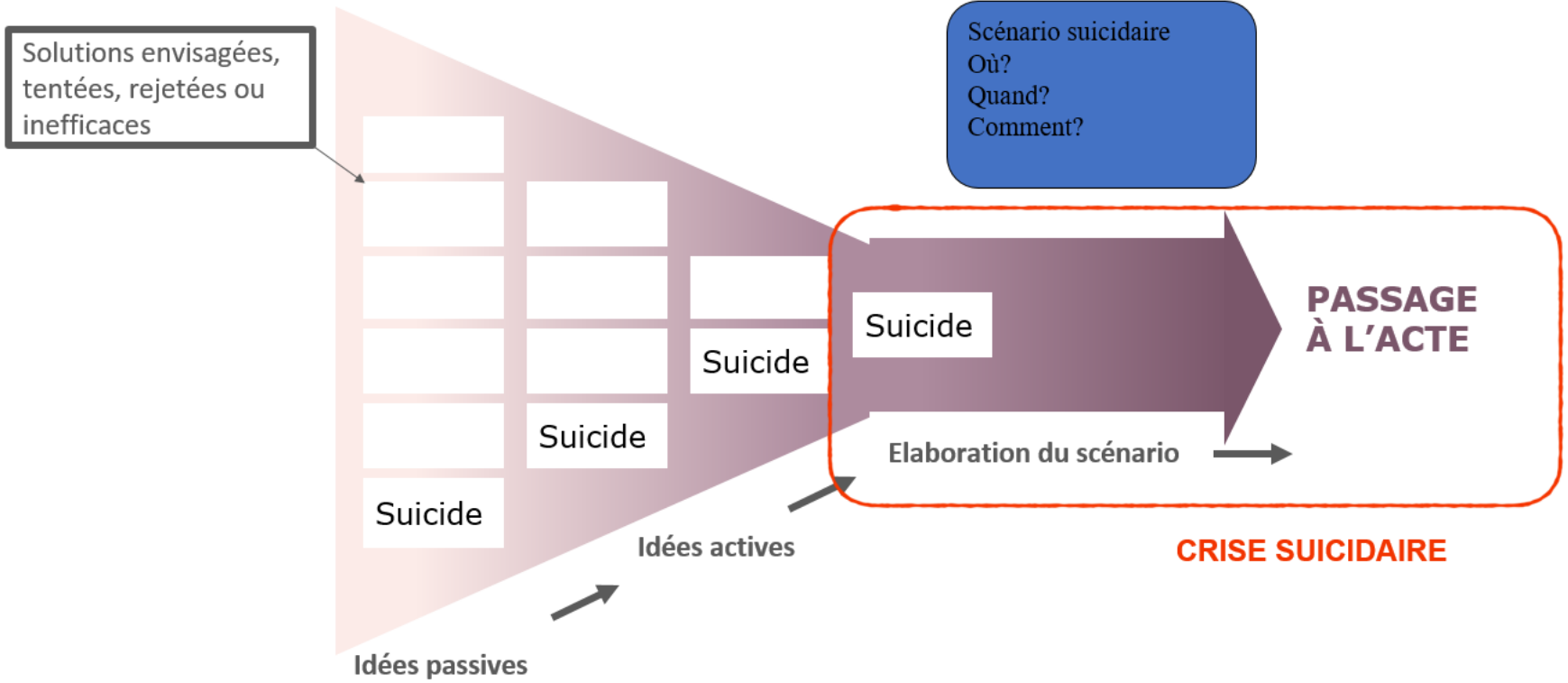
HAS, 2021

DES PRINCIPES



HAS, 2021

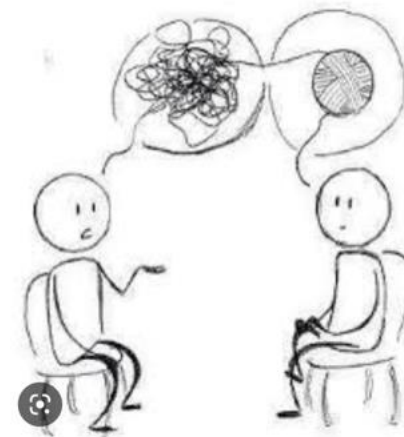
L'ENTONNOIR de la crise suicidaire



l'intervention de crise, graduer la proactivité



La restriction cognitive en situation de crise



Principe de l'intervention de crise

1. CRÉATION D'UN LIEN DE CONFIANCE

a) Établir l'alliance

2. CUEILLETTE DE DONNÉES ET RÉGULATION DES ÉMOTIONS

b) Effectuer l'investigation clinique

c) Réguler les émotions

d) Comprendre la situation de crise

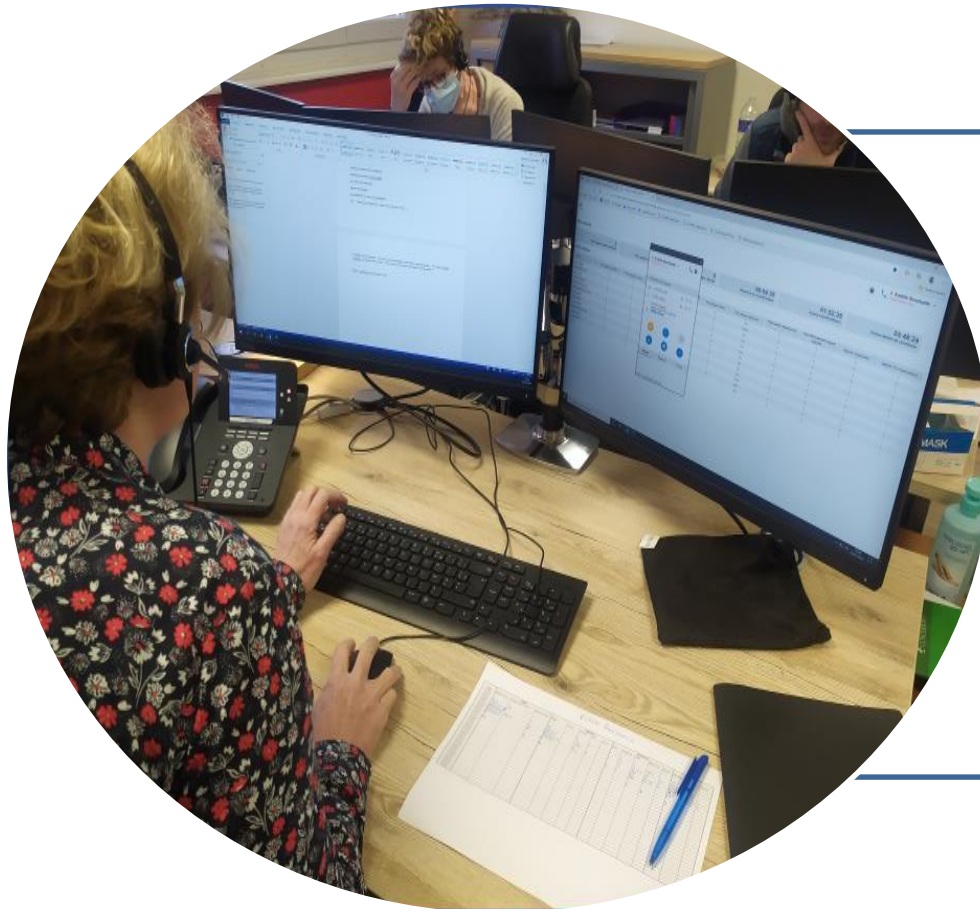
3. PLAN D'ACTION

e) Briser l'isolement

f) Donner un sens à la crise

g) Élaborer un plan d'action et faire le suivi post-crise

3114 Les centres répondants



Intégrés aux centres 15

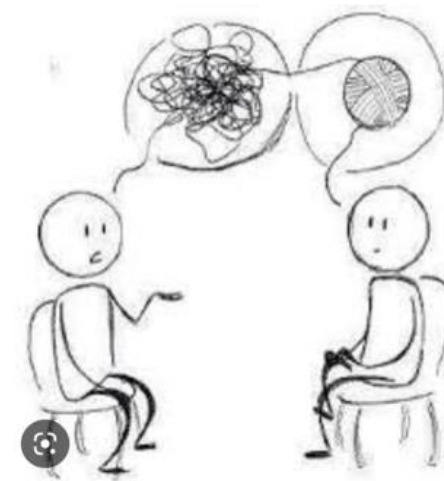


Répondants Infirmiers et psychologues
Assistante sociale



Médecins sur centre, garde nationale sur la permanence des soins

Une Philosophie de l'intervention de crise, graduer la proactivité



3114



Ce n'est

Pas un numéro **unique**

Pas que le **sanitaire**

Pas de suivi / substitution

Pas un dispositif mobile

Pas un numéro d'**urgence**

Pas qu'une **ligne téléphonique**



C'est

Un **dispositif professionnel**

Une **porte d'entrée**

Un trait d'union / une **interface**

Mise en alerte du réseau

Un **outil collaboratif** national



Des ressources

- CMP

Pour trouver le CMP dont dépend la personne, recherche par la commune à l'adresse suivante

[L'annuaire des CMP \(f2rsmpsy.fr\)](http://f2rsmpsy.fr)

Maison des adolescents

Maison des adolescents du littoral 24 rue Désille
– 62200 Boulogne sur Mer –

03 91 18 15 80

- Maison des ados du Littoral – 32 rue de
Wissocq – 62500 Saint Omer – 03 21 11 34 70

- • Ressources associatives
- • Ressources pour non francophones
- SOS help – English Speaking Helpline in France
- Ligne d'aide à distance en anglais pour les anglophones qui vivent en France. Des bénévoles formés à la prévention du suicide
- travaillent avec SOS Amitiés. Accessible de 15h – 23h tous les jours.
- Tel : 01 46 21 46 46

Soutien psychologique pour les endeuillés

Vivre son deuil

59/62 : 03 20 88 73 46

- • Soutiens pour les agriculteurs

Service téléphonique Agri écoute anonyme, 09
69 39 29 19 dispo 7/24 avec des psychologues

Cellule dédiée à l'accompagnement des
personnes en fragilité de la MSA 03 21 24 72 68

- Soutiens pour les Aidants

- Avec nos proches (association)

Ecoute pour les personnes s'occupant d'un proche fragilisé par la maladie, le handicap ou l'âge, assurée par des bénévoles formés, service anonyme et gratuit

01 84 72 94 72 (7j/7 8h – 22h)

- Allo Alzheimer

Ecoute pour les aidants de personnes concernées par la maladie d'Alzheimer par des bénévoles formés à l'écoute, service gratuit

0970 818 806 (7j/7 20h 22h)

- • Pour les sourds et malentendants SOS sourds www.sos-surdus.fr (entretien en LSF en visio) ou au 0674745171 appel visio
- Urgences pour les personnes sourdes ou malentendantes : 114