

# RHIZOME

*RHIZOME n.m. (gr. rhyza)  
Tige souterraine vivante,  
souvent horizontale, émettant  
chaque année des racines  
et des tiges aériennes.*



#69-70

Décembre 2018

## Soigner le traumatisme?

Nicolas Chambon

### Édito

Violences, attentats, catastrophes, tortures, viols, maltraitements... Ces événements qui suscitent l'effroi peuvent avoir des conséquences psychiques graves sur le plus long terme. Peut-on soigner le traumatisme? Si nous posons la question, c'est parce la réponse ne va pas de soi. Ce numéro de *Rhizome* présente un double intérêt au regard de la ligne éditoriale de la revue. D'une part, l'appréhension du traumatisme paraît être à l'articulation entre un événement et/ou un contexte social et une « empreinte » psychique. La souffrance psychosociale d'hier serait le traumatisme d'aujourd'hui. D'autre part, il existe une prévalence des psychotraumatismes plus élevée pour les personnes ayant l'expérience de la précarité et/ou de la migration. Que recouvre alors le « traumatisme » dans une perspective clinique? La terminologie s'inscrit aujourd'hui dans le langage commun, suscitant de fortes attentes pour que les dispositifs de santé mentale prennent en charge les personnes exposées à des événements traumatiques.

# Sommaire

- 4 > 6 *Les traumatismes des enfants victimes de violences : un problème de santé publique majeur*  
Muriel Salmona
- 7 > 9 *Les cellules d'urgence médico-psychologique*  
Nathalie Prieto
- 10 > 11 *Prise en charge des troubles post-traumatiques*  
Wissam El-Hage
- 12 *Le psychotrauma complexe : diagnostic et prise en charge*  
Olivier Fossard  
Samia Lahya
- 13 > 14 *Traumatisme infantile et adversités dans l'enfance chez les auteurs d'agressions sexuelles*  
Sabine Mouchet-Mages  
Olivier Placade
- 15 > 16 *Stress post-traumatique et alliance thérapeutique auprès de mineurs non accompagnés*  
Sydney Gaultier
- 17 > 18 *Psychotraumatisme : aperçu des politiques publiques actuelles*  
Marianne Auffret
- 19 > 20 *Soigner les effets post-traumatiques*  
Omar Guerrero
- 21 > 22 *La situation traumatisante des réfugiés*  
Olivier Douville
- 23 *Accueillir un récit de vie*  
Élodie Godard
- 24 *La demande d'asile : un accompagnement qui ne laisse pas indemne*  
Sophie Devalois

L'année 2019 est ainsi marquée par la mise en place sur le territoire français de « centres référents psychotraumatisme ». Si affirmer qu'il existe des liens entre l'exposition à des événements traumatiques et l'existence de troubles psychiques fait aujourd'hui consensus, la caractérisation de ces troubles et surtout les moyens d'y remédier, d'y faire face, de les soigner, ou encore, de vivre avec, continue de faire débat.

## Un enjeu de santé publique

Ce numéro de *Rhizome* réunit une diversité d'intervenants et de théoriciens pour qui l'acceptation de cette thématique diffère. Les premiers articles portent une vision avant tout médicale, filant la métaphore somatique selon laquelle l'exposition à certains événements peut provoquer des marques ou des blessures corporelles. Dès lors, il y a un enjeu éthique et clinique à rendre visibles des situations qu'on ne peut évidemment que dénoncer, et à inviter les acteurs de la santé à se préoccuper des personnes *victimes*.

Murielle Salmona insiste sur la possibilité de prendre en charge le traumatisme dans des conditions adaptées et encourage le développement de soins spécifiques pour le traiter. L'enjeu semble de taille quand on sait qu'en Europe, un enfant sur cinq a subi des violences sexuelles. La violence provoque un effet de sidération qui empêche de réagir de façon appropriée, entraînant une anesthésie émotionnelle et générant « un état dissociatif accompagné d'un sentiment d'étrangeté, de déconnexion et de dépersonnalisation, comme si la victime devenait spectatrice de la situation ». Une proposition psychothérapeutique semble alors indiquée pour « faire du lien, redonner du sens et de la cohérence à ce qui n'en avait pas », même si d'autres techniques (hypnose, EMDR...) existent par ailleurs (Wissam El Hage).

Les contributeurs s'accordent sur le fait que la prise en charge doit être la plus précoce possible, voire initiée en urgence. Selon Nathalie Prieto, les cellules d'urgence médico-psychologique (Cump) ont pour mission de réduire l'impact et les effets de l'événement en réhumanisant son environnement. La perspective (bio)médicale s'indexe à la considération d'un événement et de ses victimes, quitte à les appréhender comme « malades » pour pouvoir les guérir à l'appui de divers techniques et traitements. La visée thérapeutique est évidemment de répondre à la souffrance psychique et d'éviter le développement du syndrome (ou de troubles) de stress post-traumatique(s). Sans retracer l'histoire de l'extension de cette catégorie, aujourd'hui largement documentée, notons simplement que son enrichissement permanent – mais aussi la définition des psychotraumas dits « complexes » (Olivier Fossard *et al.*) – rend désormais possible le diagnostic de certains troubles et permet également, dans une perspective clinique, d'appréhender le fait que des « agresseurs » soient aussi d'anciennes victimes (Sabine Mouchet-Mages *et al.*).

Cette évolution correspond plus généralement à celle d'une société confrontée à une recrudescence de situations « traumatogènes » qui fait de la prise en charge du traumatisme un enjeu de santé publique majeur. Si la création de « centres référents psychotraumatisme » illustre la prégnance de cet enjeu, elle introduit, selon Marianne Auffret, une ligne de fracture au sein d'un secteur caractérisé par son cadre généraliste. La crainte est que la rencontre entre les logiques médicale et gestionnaire produise un nouveau lot d'exclus.

## Précarité, migration et traumatismes

Pour les personnes en situation de précarité et/ou de migration, le traumatisme se décline au pluriel. Si la précarité et la migration ne sont pas des pathologies, leur expérience est potentiellement traumatique. L'article d'Omar Guerrero nous amène au cœur du rhizome, en thématissant et problématisant la prise en charge de ce traumatisme : là où la perspective psychanalytique trouve un certain écho. Une lecture transversale des articles qui suivent permet de donner trois caractéristiques au traumatisme du public migrant et/ou précaire.

- *Sa caractérisation est complexe.* Les différences sont marquées suivant les sujets, engageant à envisager que le traumatisme puisse être moins associé à un événement qu'inscrit au plus profond de la personne, permettant alors le travail d'élaboration psychique. Cela ne signifie pas pour autant que la souffrance de cette population ne doit pas être une préoccupation collective.
- *Ce traumatisme est déterminé par d'autres acteurs.* Souvent, pour des raisons administratives-juridiques, des intervenants sont sollicités pour aider les demandeurs d'asile à raconter une histoire potentiellement traumatique, sans pouvoir accompagner celle-ci d'une mise en sens qui serait propre à chacun de ces individus. La temporalité

psychique n'étant pas en phase avec celle des procédures administratives, beaucoup d'intervenants se retrouvent en difficulté, voire « traumatisés » par la désingularisation qu'ils opèrent (Sophie Devalois). On comprend alors le sens d'une « clinicianisation » des acteurs de seconde ligne et du travail en réseau pour les soutenir. Il y aurait un enjeu à se décaler des saillances potentielles de l'histoire de la personne qui seraient propres au format attendu par l'administration ; saillances qui, sont « des traumatismes en trompe-l'œil qui "s'offrent" aux cliniciens comme des énigmes résolues » (Omar Guerrero).

- *La dimension sociale et politique liée aux conditions d'accueil participe aujourd'hui de la souffrance psychique des migrants.* Directement ou indirectement, les professionnels du soin peuvent être amenés à y participer, ce qui rend alors l'objectivation pathologique impossible. « Le soignant est confronté non pas à un état de stress qui serait postérieur au traumatisme, mais à un psychotraumatisme en train de se faire devant lui » (Roman Pétrouchine *et al.*). Cette dernière perspective peut d'ailleurs s'envisager comme un appui.

## Résilience, rétablissement et soutien psychosocial

L'importance croissante accordée à la notion de « rétablissement » s'inscrit dans un mouvement plus large de reconnaissance des capacités de toutes personnes, pour lequel la résilience serait au traumatisme ce que le rétablissement est au trouble psychique de manière générale. Selon cette visée, l'enjeu serait d'appréhender ce concept non comme une caractéristique proprement individuelle (un « être résilient »), mais comme une perspective d'intervention et de travail sur soi ou sur autrui, et donc un processus.

Mais contrairement à d'autres troubles ou pathologies, la responsabilité sociale et sociétale est d'autant plus évidente. De ce fait, il convient de trouver un réglage entre l'affirmation d'un statut de victime et le développement de capacités permettant de faire face ou d'appréhender ce qui peut être considéré comme traumatique. Comment la santé mentale intervient-elle alors sur ces deux plans ? Pour le premier, c'est avant tout une responsabilité collective où chacun des acteurs impliqués doit aussi veiller aux effets de cette « visibilisation » ou de cette « politisation » sur les personnes concernées et leur santé mentale. Le second plan en appelle à une intervention en santé mentale qui se doit d'en intégrer la perspective sociale ou politique. Ces deux perspectives ne sont pas forcément antinomiques : on peut, d'un côté, lutter contre une « culture du viol » et faire valoir que ce sont les femmes qui sont *victimées* d'un système patriarcal et, de l'autre, chercher à développer des ressources pour faire face à certaines situations qui ont pu être traumatiques et être, pour ce faire, solidaire avec des personnes qui ont partagé la même expérience.

L'entretien avec Boris Cyrulnik laisse à penser que la reconnaissance des capacités de résilience serait contemporaine de celle des conséquences traumatiques d'hier. Puisque l'expérience du traumatisme est forcément subjective, il paraît fondamental de pouvoir soutenir des espaces d'(auto)support pour les personnes ayant subi des événements traumatiques ou étant traversées par des troubles psychiques. Pénélope Laurent-Noye, cocréatrice d'une antenne du Réseau sur l'entente de voix, développe des outils qui l'aident « à faire évoluer [son] chemin de vie en apprenant à accueillir et à donner du sens à [ses] expériences, plutôt qu'en les pathologisant ». Les expériences sont constitutives de l'identité mais « ce qui n'est pas constitutif de ce [qu'elle est], c'est la souffrance et le caractère totalement incontrôlable des mémoires traumatiques avant qu'elles ne soient prises en charge de façon adaptée. » La haine, la violence, la colère peuvent d'ailleurs s'entendre comme des tentatives de restauration de l'équilibre psychique (Élise Bourgeois-Guérin *et al.*).

Si le traumatisme ne peut pas proprement s'autonomiser ou s'objectiver, la dimension sociale ne doit pas être réduite à l'événement dans lequel il s'enracine, mais s'entendre aussi comme un environnement sur lequel on peut agir... Si nous constatons que le volet psychique n'est pas séparé du volet social, nous pouvons alors agir de concert sur ces différents plans. Ce constat nous semble être une voie d'innovation possible. Le numéro se conclut ainsi sur la présentation de deux initiatives d'un groupe de pairs. Ce sera l'enjeu organisationnel futur que d'accompagner et de soutenir le développement d'activités et d'espaces de soutien psychosocial pour pouvoir répondre de manière concrète aux enjeux cliniques et sociaux présentés dans ce numéro ; que ce soit au sein ou à partir d'une institution psychiatrique en mutation, à l'initiative d'associations, de dispositifs de santé mentale ou, plutôt – et, nous l'espérons –, traversant ces différents domaines. ▶

## Sommaire

- 25 > 26 « Il faut du psy! ». Psychologues et psychiatres face aux migrants précaires  
Roman Pétrouchine  
Julia Maury de Feraudy  
Halima Zeroug-Vial
- 27 *Repenser les conséquences et la prise en charge psychologiques des traumatismes dans des contextes fragiles*  
Maximilien Zimmermann
- 28 > 29 *Traumatisme et résilience*  
Boris Cyrulnik
- 30 > 31 *Les ressources relationnelles, un moteur de vie*  
Vicky Vanborre
- 32 > 33 *Traumatismes et psychoses en questions*  
Pénélope Laurent-Noye/  
Les Frontalières
- 34 > 35 *Penser la haine après le trauma*  
Élise Bourgeois-Guérin  
Mathieu Brami  
Cécile Rousseau
- 36 « Paroles, expériences et migrations »  
Vincent Tremblay  
Gwen Le Goff  
Natacha Carbonei
- 37 *L'expérience d'un groupe de parole autour des enjeux de la migration*  
Fidèle Mabanza
- 38 > 39 *Sindiane, un programme communautaire pour personnes migrantes arabophones*  
Caroline Aubas  
Olga Loris  
Julien Grard  
Aurélien Tinland
- 40 *Actualités*