

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 Plancade
- 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 *victimées*.

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 thématisant 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 *victimes* 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*

Muriel Salmona

Psychiatre

Présidente de l'association Mémoire traumatique et victimologie¹
Bourg-la-Reine

Les traumatismes des enfants victimes de violences : un problème de santé publique majeur



Les enfants sont nombreux à être victimes de violences, qu'elles soient physiques, psychologiques ou sexuelles. Toutefois, le déni, la loi du silence, la méconnaissance de la gravité de l'impact à long terme de ces violences sur leur santé mentale et physique font qu'ils restent le plus souvent abandonnés, sans protection, ni soins, ni accès à la justice. Ils doivent survivre seuls face aux violences et aux traumatismes qu'elles engendrent.

Nous allons le voir, cette absence de protection et de prise en charge des traumatismes vécus par ces enfants représente une lourde perte de chance en termes de santé mentale et physique, de développement, de vie affective, de scolarité, d'insertion sociale et professionnelle. Elle est un facteur de grande vulnérabilité, d'aggravation des inégalités et fabrique des injustices à répétition, de la précarité, de l'exclusion et de nouvelles violences. Or cette perte de chance est d'autant plus scandaleuse que des soins spécifiques sont efficaces pour traiter les traumatismes liés à ces violences. Ainsi, la plus grande part des conséquences sur la santé et sur la vie de celles et ceux qui en ont été victimes pourrait être évitée, de même que sur la reproduction sans fin des violences.

Des professionnels de santé en première ligne insuffisamment formés et une offre de soin trop rare

Les professionnels de santé sont en première ligne pour lutter contre ces violences et éviter leurs conséquences.

Cependant, rares sont ceux qui sont formés au dépistage systématique des violences et à la protection des victimes, ainsi qu'au repérage et à la prise en charge des traumatismes. L'offre de soins en psychotraumatologie reste de ce fait bien trop rare et peu accessible. Les autres secteurs, comme ceux de la protection de l'enfance et la justice, s'avèrent également incapables de protéger les enfants, faute de moyens, de formation et de volonté politique. Il a fallu attendre 2017 pour qu'un premier Plan de lutte et de mobilisation triennal contre les violences faites aux enfants soit lancé par les pouvoirs publics et se préoccupe de la question du dépistage et de la prise en charge des traumatismes. Il faudra patienter jusqu'en 2019 pour que dix « centres du psychotraumatisme », composés de professionnels formés et proposant une prise en charge pluridisciplinaire et sans frais, ouvrent enfin en France et en outre-mer grâce à notre plaidoyer. C'est un premier pas, mais le chantier reste immense. À l'heure actuelle, les étudiants en médecine et les professionnels du soin sont toujours aussi peu formés.

Un impact catastrophique à long terme sur la santé

Comme le rappelle l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2016 : « La violence à l'égard des enfants est un problème de santé publique, de droits humains et de société, avec des conséquences potentiellement dévastatrices et coûteuses. Ses effets destructeurs nuisent aux enfants de tous les pays, touchant les familles, les communautés et les nations². » Depuis près de vingt ans, de très nombreuses études scientifiques internationales ont démontré que l'exposition précoce à la violence est hautement traumatisante pour les enfants. Dès leur vie fœtale, leur naissance, puis tout au long de leur enfance, leur cerveau est très vulnérable face aux violences et au stress extrême qu'elles engendrent. Publiés dès 1988, les résultats de la grande étude épidémiologique sur les *Adverse Childhood Experience* (ACE) réalisée par Vincent Felitti et Robert Anda au département de médecine préventive de l'établissement du Kaiser Permanente à San Diego (Californie), auprès de 17 421 adultes, ont révélé une puissante relation entre les violences subies dans l'enfance et la santé physique et mentale à l'âge adulte³.

D'après cette étude ACE, avoir subi plusieurs formes de violences dans l'enfance constitue ainsi selon les auteurs la principale cause de mortalité précoce et de morbidité à l'âge adulte. C'est également le déterminant principal de santé 50 ans après les violences et cela peut faire perdre jusqu'à 20 ans d'espérance de vie.

¹ <https://www.memoiretraumatique.org>

² OMS. *INSPIRE : Sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants : résumé d'orientation*. Genève, Suisse : OMS.

³ Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., et al. (1998). The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-58.

⁴ Felitti, V. J. et Anda, R. F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult health, well-being, social function, and health care. Dans R. Lanius, E. Vermetten et C. Pain (dir.). *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*. Cambridge, Royaume-Uni : Cambridge University Press; Brown D., et al. (2009). Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5), 389-396; Hillis, S., et al. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: A systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*, 137(3).

5 Hillis, S., et al. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Ibid.*

6 Danese, A. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106(1), 29-39; Perroud, N. (2011). Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma. *Translational Psychiatry*, 1(1), e59; Hillis, S. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Ibid.*

7 Salmons, M. (2017). Manifeste contre les violences faites aux enfants. <http://manifestestopvfe.blogspot.com/2017/02/manifeste-de-lassociation-memoire.html>

8 Inserm, Ined (2006). *Enquête contexte de la sexualité en France (CSF) 2005-2006*; Bajos, N., Bozon, M. et l'équipe CSF. (2008). Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. *Population & Sociétés*, 445; Insee, ONRDP, SSMIS (2017). *Rapport d'enquête « cadre de vie et sécurité » CSV, de 2012 à 2015.*

9 Sullivan, P. M. et Knutson, F. (2000). Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1257-73.

10 Rodriguez, N. et Ryan, S. W. (1997). Post-traumatic stress disorder in adult female survivors of child sexual abuse: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 53-59.

11 Yehuda, R. et Ledoux, J. (2007). Response variation following trauma: A translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron*, 56(1), 19-32.

12 Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., et al. (2010). Emotional modulation in PTSD: clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 640-7.

13 Le Doux, J. E. (1992). Emotion as memory anatomical systems underlying indelible neural traces. Dans S.-Å. Christianson. *The handbook of emotion and memory: research and theory* (p. 289-297). Hillsdale, N. J. : Lawrence Erlbaum Associates ; Shin, L. M., Scott, L., Rauch, S. L., Roger, K. et Pitman, R. K. (2006). Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 67-79.

14 Van der Hart, O., et al. (2010). *Le Soi hanté*. Paris : De Boeck.

Plus précisément, l'étude ACE démontre que cette exposition précoce à plusieurs formes de violences constitue le premier facteur de risque de suicide, de conduites addictives (alcool, drogues, tabac), d'obésité, de conduites à risque, de dépression, de grossesse précoce, de précarité, de marginalisation, de situations prostitutionnelles et de subir de nouvelles violences ou d'en commettre à son tour. Des liens très forts ont également été retrouvés avec de nombreux troubles psychiatriques, cardio-vasculaires, endocriniens et gynécologiques, ou avec des maladies pulmonaires, digestives, auto-immunes et neurologiques, des infections sexuellement transmissibles, des cancers, des ostéo-arthrites, des douleurs chroniques, etc.⁴.

Depuis cette première étude, les liens entre les violences subies dans l'enfance et les facteurs de risque prédominants pour la santé, ainsi que les principales maladies mentales et physiques développées à l'âge adulte ont été confirmés par de très nombreuses études scientifiques. Des recherches ont également documenté la neurobiologie de la violence, démontrant que le stress traumatique subi peut nuire à l'architecture du cerveau, au statut immunitaire, aux systèmes métaboliques, aux réponses inflammatoires et peuvent même influencer sur l'altération génétique de l'ADN. Une revue internationale de toutes les recherches menées sur ce sujet, parue dans *Pediatrics* en 2016 pour l'OMS⁵, montre que ce risque, identifié comme majeur pour la santé à long terme, est lié à l'impact psychotraumatique de ces violences et qu'il est gradué en fonction de la gravité des violences et de leur nombre⁶.

Des violences d'une ampleur largement sous-estimée

Fréquentes et répandues dans tous les milieux, les violences que les enfants subissent sont fortement sous-estimées et encore bien trop tolérées pour certains (comme les châtiements corporels). Elles sont le plus souvent intrafamiliales ou institutionnelles et commises par des personnes censées protéger leurs destinataires. Ces violences s'exercent dans le cadre de rapports d'inégalité et de domination. Plus les enfants sont vulnérables, en situation de handicap ou de discrimination, plus ils sont exposés à des violences⁷.

Dans le monde, un enfant sur quatre a subi des violences physiques, une fille sur cinq et un garçon sur treize, des violences sexuelles, un enfant sur trois, des violences psychologiques. En Europe, un enfant sur cinq a subi des violences sexuelles. En France, nous disposons de très peu de chiffres et aucune enquête de victimation directe n'a été réalisée auprès des enfants. Cependant, à partir des études réalisées auprès d'adultes rapportant les violences subies dans leur enfance, nous savons que les enfants sont les principales victimes de violences sexuelles. Nous pouvons estimer que ce sont, chaque année, plus de 130 000 filles et 35 000 garçons qui subissent des viols ou des tentatives de viols, en majorité incestueux, et que 140 000 enfants sont exposés à des violences conjugales⁸. Des enquêtes nord-américaines ont montré que les enfants handicapés subissent trois à quatre fois plus de violences⁹. Pour ces enfants victimes de violences intrafamiliales, le risque de développer des troubles psychotraumatiques est de plus de 60 % et il s'élevé à plus de 80 % quand il s'agit de violences sexuelles¹⁰.

Des mécanismes psychotraumatiques méconnus

Tous les symptômes et les troubles du comportement rencontrés chez les victimes de violences subies dans l'enfance s'expliquent : ils sont des conséquences habituelles et universelles des violences. Ces conséquences psychotraumatiques sont liées à des mécanismes de sauvegarde neurobiologiques exceptionnels, mis en place par le cerveau pour échapper au risque vital que font courir les violences.

La violence a un effet de sidération du psychisme qui paralyse la victime, l'empêche de réagir de façon adaptée. Elle empêche le cortex cérébral de la personne de contrôler l'intensité de la réaction de stress, sa production d'adrénaline et de cortisol. Un stress extrême, véritable tempête émotionnelle, envahit alors l'organisme de la victime et – parce qu'il représente un risque vital (pour le cœur et le cerveau, en raison de l'excès d'adrénaline et de cortisol¹¹) – déclenche des mécanismes neurobiologiques de sauvegarde qui ont pour effet de « faire disjoncter » le circuit émotionnel et d'entraîner une anesthésie émotionnelle et physique, en produisant des drogues dures ayant le même effet qu'un cocktail morphine-kétamine¹².

La disjonction de sauvegarde génère un état dissociatif accompagné d'un sentiment d'étrangeté, de déconnexion et de dépersonnalisation, comme si la victime devenait spectatrice de la situation qu'elle perçoit sans éprouver d'émotion. Mais cette disjonction isole la structure responsable des réponses sensorielles et émotionnelles (l'amygdale cérébrale) de celle qui encode et gère la mémoire et le repérage temporo-spatial (l'hippocampe). L'hippocampe ne peut pas faire son travail d'encodage et de stockage de la mémoire sensorielle et émotionnelle des violences. Celle-ci reste alors piégée dans l'amygdale, sans être traitée ni transformée en mémoire autobiographique. C'est cette mémoire piégée que nous appelons la « mémoire traumatique ». Elle va demeurer hors temps, non consciente, à l'identique, susceptible d'envahir le champ de la conscience si un lien rappelle les violences et de les refaire revivre de façon identique, comme une machine à remonter le temps, avec la même détresse et les mêmes perceptions (ce sont les *flash-back*, les réminiscences, les cauchemars, les attaques de panique¹³...).

« L'anesthésie émotionnelle et physique que produit la dissociation empêche la victime d'organiser sa défense et de prendre la mesure de ce qu'elle subit puisqu'elle paraît tout supporter »

Telle une « boîte noire », la mémoire traumatique contient non seulement le vécu émotionnel, sensoriel et douloureux de la victime, mais également tout ce qui se rapporte aux faits de violences, à leur contexte et à l'agresseur (ses mimiques, ses mises en scène, sa haine, son excitation, ses cris, ses paroles, son odeur, etc.¹⁴). Cette mémoire traumatique des actes violents et de l'agresseur colonise la victime. Elle lui fera confondre ce qui vient d'elle avec ce qui vient des violences et de l'agresseur. La mémoire traumatique des paroles et de la mise en scène de l'agresseur (« Tu ne vauds rien, tout est de ta faute, tu as bien mérité

ça, tu aimes ça », etc.) alimentera chez la victime des sentiments de honte, de culpabilité et d'estime de soi catastrophiques. Celle de la haine et de l'excitation perverse de l'agresseur pourront lui faire croire à tort que c'est elle qui les ressent, ce qui constituera une torture supplémentaire. Elle n'éprouvera alors que mépris et haine pour elle-même¹⁵.

Tant que la victime sera exposée à des violences, à la présence de l'agresseur ou de ses complices, elle sera déconnectée de ses émotions, dissociée. La dissociation, système de survie en milieu très hostile, peut alors s'installer de manière permanente, donnant l'impression à la victime de devenir un automate, d'être dévitalisée, confuse, comme un « mort-vivant ». L'anesthésie émotionnelle et physique que produit la dissociation empêche la victime d'organiser sa défense et de prendre la mesure de ce qu'elle subit puisqu'elle paraît tout supporter. Les faits les plus graves, vécus sans affect ni douleur exprimée, semblent si irréels qu'ils en perdent toute consistance et paraissent n'avoir jamais existé. Cela entraîne de fréquentes amnésies dissociatives post-traumatiques, qui peuvent durer des années¹⁶. Cette dissociation isole encore plus la victime, elle explique les phénomènes d'emprise et entraîne un risque important de subir de nouvelles violences. L'absence d'émotion apparente d'une victime dissociée désoriente toutes les personnes qui sont en contact avec elle. En conséquence, le processus d'empathie automatique n'est pas activé par les neurones miroirs de ses interlocuteurs, qui seront d'autant plus rares à se mobiliser pour la personne et à la protéger, alors qu'elle est gravement traumatisée et en danger. Ces troubles dissociatifs traumatiques suscitent fréquemment, chez l'entourage et les professionnels, de l'indifférence, des jugements négatifs, voire un rejet et de la maltraitance.

Mais si la dissociation disparaît – ce qui peut se produire quand la victime est enfin sécurisée –, alors la mémoire traumatique cesse d'être anesthésiée. La victime peut, au moindre lien qui rappelle les violences, être confrontée à un véritable tsunami d'émotions et d'images terrifiantes qui vont déferler en elle, accompagnées d'une grande souffrance et détresse. Cela peut entraîner un état de peur panique, d'agitation, d'angoisse intolérable et un état confusionnel, tel que la victime peut se retrouver hospitalisée en psychiatrie en urgence (avec souvent un diagnostic de bouffée délirante), très souvent accompagné d'un risque suicidaire important.

La vie devient un enfer pour les victimes, avec une sensation d'insécurité, de peur et de guerre permanente. Pour empêcher leur mémoire traumatique de se déclencher, les victimes sont hypervigilantes et développent des conduites d'évitement et de contrôle. Ces stratégies de survie sont épuisantes et sont à l'origine de multiples phobies et de troubles obsessionnels compulsifs. Mais ces conduites d'évitement et de contrôle sont rarement suffisantes, et les victimes découvrent très tôt, grâce à des conduites dissociantes, la possibilité de s'anesthésier émotionnellement pour éteindre à tout prix une mémoire traumatique impossible à éviter. Ces conduites servent à calmer l'état de tension intolérable ou prévenir sa survenue, soit en provoquant un stress très élevé (par des conduites à risques, des mises en danger, des conduites autoagressives ou hétéro-agressives) qui redéclenche

la disjonction du circuit émotionnel et la sécrétion de drogues dissociantes par le cerveau, soit en consommant des drogues dissociantes (alcool, drogues, tabac à haute dose).

Ces conduites dissociantes sont des tentatives désespérées d'autotraitement. Elles sont très préjudiciables pour la santé et la qualité de vie des victimes dont elles aggravent la vulnérabilité, les handicaps, ainsi que le risque de subir de nouvelles violences ou d'en commettre à leur tour. Les professionnels de santé identifient rarement les conduites d'évitement et les conduites à risques comme des conséquences psychotraumatiques, et ne recherchent pas systématiquement les violences qui pourraient en être à l'origine.

Tous les symptômes psychotraumatiques sont souvent banalisés, mis sur le compte de la crise d'adolescence ou de troubles de la personnalité. À l'inverse, parfois, ils sont étiquetés psychotiques et traités comme tels, ou alors attribués à des déficits cognitifs.

Des soins spécifiques nécessaires

Ces conséquences psychotraumatiques sont encore insuffisamment connues alors que leur prise en charge a démontré son efficacité. Celle-ci doit être la plus précoce possible et, avant tout, psychothérapique. En traitant le stress et la mémoire traumatique, c'est à dire en l'intégrant en mémoire autobiographique, elle permet de réparer les atteintes neurologiques et de rendre inutiles les stratégies de survie¹⁷. Pour cela, il faut identifier et revisiter toutes les violences, et faire en sorte qu'il n'y ait plus d'état de sidération.

Cela nécessite de sécuriser l'enfant ou l'adulte qu'il est devenu, de lui expliquer les mécanismes psychotraumatiques, et de faire avec lui des liens, en redonnant du sens et de la cohérence à tout ce qui n'en avait pas. Il faut également que la victime puisse reconstituer son histoire et restaurer sa personnalité et sa dignité, en démontant, avec elle, tout le système agresseur et en la débarrassant de tout ce qui l'avait colonisée et aliénée (mises en scènes, mensonges, déni, mémoire traumatique). La finalité est que la personne qu'elle est fondamentalement puisse à nouveau s'exprimer librement et vivre, tout simplement¹⁸. Or une prise en charge de qualité permet de protéger les victimes, de traiter les troubles psychotraumatiques, de réparer les atteintes neurologiques (neurogenèse et neuroplasticité) et d'éviter ainsi la majeure partie des conséquences des violences sur la santé, ainsi que leurs conséquences sociales¹⁹.

Il est donc essentiel et vital de protéger les enfants des violences et d'intervenir le plus tôt possible pour leur donner des soins spécifiques. Il s'agit de situations d'urgence pour éviter la mise en place de troubles psychotraumatiques sévères et chroniques qui auront de graves conséquences sur leur santé et leur vie future, ainsi que sur le risque de perpétuation des violences. Néanmoins, il n'est jamais trop tard pour prendre en charge ces traumas, même à l'âge adulte, et tout au long de la vie. Pour cela, il est nécessaire de sensibiliser et de former tous les professionnels des secteurs médico-sociaux, associatifs et judiciaires sur les conséquences psychotraumatiques des violences. La prévention des violences passe avant tout par la protection et le soin des victimes. ▶

¹⁵ Salmona, M. (2018). *Le Livre noir des violences sexuelles* (2^e éd.). Paris : Dunod.

¹⁶ Salmona, M. (2018). L'Amnésie traumatique : un mécanisme dissociatif pour survivre. Dans R. Coutanceau et C. Damiani, *Victimologie. Évaluation, traitement, résilience* (p. 71-85). Paris : Dunod.

¹⁷ Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O. et Steele, K. (2004). Trauma-related structural dissociation of the personality. Trauma information Pages website. <http://www.traumapages.com/a/nijenhuis-2004.php>

¹⁸ Shin, L. M., Scott, L., Rauch, S. L., Roger, K. et Pitman, R. K. (2006). Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 67-79.

¹⁹ Ehling, T., Nijenhuis, E. R. S. et Krikke, A. (2003). Volume of discrete brain structures in florid and recovered DID, DESNOS, and healthy controls. *Proceedings of 20th International Society for the study of dissociation*. Chicago; Hillis, S. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Op. cit.*

Nathalie Prieto

Médecin psychiatre
Groupe hospitalier Édouard-Herriot
Lyon

Les cellules d'urgence médico-psychologique

Rhizome : *Pouvez-vous présenter ce qu'est une cellule d'urgence médico psychologique (Cump) ?*

Nathalie Prieto : La Cump est un dispositif qui propose un soin à destination des victimes de catastrophes et d'événements à retentissement psychologique collectif. La première Cump a été créée à Paris en 1995, à titre simplement expérimental à la suite des attentats, et elle a été étendue en 1997 à tout le territoire national. Ces dispositifs sont en lien avec le Service d'aide médicale urgente (Samu). Ils permettent de structurer le soin d'un point de vue psychique, au même titre que celui-ci peut l'être au point de vue du somatique.

Rhizome : *Le dispositif se destine donc aux victimes d'événements collectifs et en situation d'urgence ?*

Nathalie Prieto : Effectivement, le caractère collectif est important. Il y a vraiment des indications. Ce ne sont pas des victimes « tout-venant » individuellement. Les ressources existent pour prendre en charge le psychotraumatisme en individuel ou alors en hospitalier, *via* les psychiatres de liaison. La Cump intervient lors d'événements majeurs, sur le terrain, en post-immédiat. Toutefois, l'urgence est relative par rapport au Samu. La Cump n'intervient pas dans le quart d'heure qui fait suite à l'événement. Pour nous, une intervention immédiate est celle qui débute dans les 24 premières heures. L'intervention post-immédiate se réfère aux interventions différées et réalisées dans les jours qui suivent jusqu'à un délai d'un mois. La Cump peut être sollicitée *via* le 15 par tout le monde, mais le régulateur connaît ses indications et peut donc répondre négativement si la sollicitation ne lui semble pas pertinente. S'il a un doute ou si une orientation est nécessaire, il contacte directement le référent Cump qui indique si une intervention est envisageable ou non ; il peut également conseiller la personne ou l'orienter vers les services d'urgence, un médecin traitant ou une association.

Rhizome : *Aujourd'hui, combien de Cump compte le territoire national ?*

Nathalie Prieto : Chaque département est pourvu d'une Cump. Généralement, celle-ci est composée d'un psychiatre hospitalier ayant accès à un réseau de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers. Les Cump permanentes, dotées de moyens permanents, sont présentes dans les grandes régions françaises et les « Cump renforcées » sont implantées dans des départements de plus d'un million d'habitants.

Rhizome : *Pouvez-vous expliquer ce qui est réalisé en pratique par la Cump en cas de sollicitation ?*

Nathalie Prieto : En premier lieu, une évaluation est réalisée. Celle-ci permet de déterminer si l'événement est d'une ampleur suffisante pour justifier une intervention immédiate.

L'événement est évalué au sens large, c'est-à-dire qu'un attentat ne signifie pas automatiquement une intervention de la Cump. Certains éléments vont justifier l'intervention de la Cump sur le terrain, tels que le nombre de personnes impliquées, l'existence d'une crise sur le terrain, la désorganisation des secours, la présence d'un nombre important de familles et la dimension émotionnelle majeure qui entoure l'événement. Toutefois, si aucune dimension émotionnelle désorganisatrice n'est associée à l'événement, même grave, notre mobilisation peut être différée.

Rhizome : *Pouvez-vous décrire la dimension émotionnelle à laquelle vous faite référence ?*

Nathalie Prieto : La dimension émotionnelle est présente suite à un événement notamment lorsque des blessés ou des morts sont à déplorer. De plus, il arrive fréquemment que des familles, des autorités ou des élus, par exemple le maire de la commune, se déplacent sur le lieu de l'événement. Une dimension collective et sociétale se crée donc autour de celui-ci. Il est important de comprendre que l'intervention immédiate de la Cump est justifiée par l'organisation qu'elle met en place autour de l'événement ; celle-ci a comme objectif d'atténuer la charge émotionnelle et de réorganiser tant que faire se peut une situation chaotique. L'action psychologique est donc indirecte. Ainsi, la Cump peut notamment conseiller les décideurs présents ou les équipes du Samu pour, par exemple, informer les victimes, gérer les familles et assurer l'attente des personnes présentes. L'ensemble de ces conseils représentent une sorte de « coaching psychologique ». Cela permet d'abaisser la charge émotionnelle et participe à la réhumanisation de l'événement.

Rhizome : *Le travail des Cump n'est donc pas proprement clinique ?*

Nathalie Prieto : Nous ne pouvons pas faire de la clinique sans penser à la réorganisation de l'événement. À quoi servirait de prendre en charge longuement trois victimes en laissant le chaos ambiant perdurer ? Notre travail n'est donc pas forcément toujours axé sur la prise en charge clinique des victimes au sens direct.

Rhizome : *Pouvez-vous définir le traumatisme d'un point de vue clinique ?*

Nathalie Prieto : Du point de vue des Cump, le traumatisme, c'est ce qui vient vraiment faire rupture dans un quotidien souvent collectif. Le traumatisme place les individus dans un arbitraire total, au sens de la mort. Il ne s'agit pas d'un arbitraire qui nous questionne en tant qu'individu sur ce qui va nous arriver, mais celui qui nous fait prendre conscience qu'à un moment donné, nous pouvons être amenés à disparaître totalement ou à être témoin de la disparition de nos proches. C'est cette soudaineté de l'événement qui fait rupture dans un environnement habituellement maîtrisé et dépourvu de dangers.

Rhizome : *Donc, pour la Cump, c'est vraiment l'événement qui fait traumatisme ?*

Nathalie Prieto : Nous nous intéressons à un événement collectif qui a des conséquences ou qui peut en avoir. La phrase clé, c'est : nous savons que certains événements vont avoir un impact majeur, qu'est-ce que nous pouvons donc mettre en place pour en atténuer la violence – même s'il y a des morts – et en réduire l'impact ? Il s'agit de faire en sorte que les personnes ne fassent pas un arrêt sur image suite à ce qu'elles ont vécu, notamment s'il s'agit d'une expérience extrêmement douloureuse, avec un deuil. Il est important qu'une résilience soit possible, c'est-à-dire que les personnes puissent faire le deuil, qu'elles puissent continuer à vivre sans pathologie.

Rhizome : *Donc, d'un point de vue clinique, l'idée c'est de prévenir la survenue d'un stress post-traumatique ?*

Nathalie Prieto : Personnellement, je n'aime pas trop cette expression. Nous essayons déjà de prendre en charge la souffrance psychique. Les personnes sont folles de douleur sur le terrain. Le fait de les apaiser immédiatement peut prévenir les conséquences à long terme. Mais, si vous voulez, il faut bien intégrer l'idée qu'au départ, les Cump prennent en charge la souffrance psychique au même titre que la souffrance physique. Quand une personne ressent une douleur physique extrêmement violente, on lui donne un antalgique. Quand il s'agit d'une douleur psychique, il ne me semble absolument pas normal de dire qu'il faut attendre que la personne soit en demande, qu'il faut attendre qu'il y ait un trauma que le sujet puisse élaborer seul ou affronter avec ses propres ressources de défense.

Rhizome : *Comment bascule-t-on de l'urgence et l'immédiateté vers un suivi ?*

Nathalie Prieto : Tout d'abord, le suivi ne concerne pas tout le monde. Nous pouvons, par exemple, informer les personnes à l'issue d'une séance collective postimmédiate. Dans ce sens, au cours d'un collectif de travail, le fait d'avoir été pris en charge au cours de cette séance peut donner aux participants une idée de l'effet de mettre en mots leur expérience. Si des troubles surviennent, si l'événement revient de manière récurrente, si elles ont du mal à dormir ou si elles ont simplement envie d'en reparler, elles devront ensuite se diriger vers un suivi individuel.

Rhizome : *Comment travailler cliniquement en individuel avec une personne qui a subi un événement traumatique ?*

Nathalie Prieto : La Cump s'inscrit dans une pratique particulière du récent. Nous n'intervenons pas suite à des événements qui seraient survenus il y a dix ans. Les personnes que nous rencontrons ont en général été traumatisées au cours de l'année. Il y a donc beaucoup de mise à plat émotionnelle. Le suivi peut prendre la forme d'un face à face avec une reprise émotionnelle de tous les éléments, qui est très souvent déjà thérapeutique en termes de reprise de sens. Des médicaments peuvent également être prescrits, mais une approche médicamenteuse n'est jamais exclusive.

Rhizome : *Les médicaments prescrits vont être de quel type ?*

Nathalie Prieto : La prescription de médicaments s'appuie sur les recommandations de la littérature scientifique. En général,

une anxiolyse est prescrite avant l'apparition de troubles traumatiques spécifiques, et dès que les troubles sont constitués, la thérapeutique médicamenteuse recommandée consiste en des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine en première intention. Prescrire de la sérotonine quand le sujet n'est pas apaisé peut être aggravant et réactiver les troubles traumatiques. En immédiat, plusieurs molécules ont été testées avec des résultats plus ou moins convaincants, notamment les essais cliniques que nous avons réalisés, par exemple, avec l'hydroxyzine. Nous pouvons également citer le propranolol, peu préventif en immédiat. Il est actuellement testé en thérapie lors des troubles constitués. À titre personnel, je pense que c'est plutôt la reprise en sens qui va autour du propranolol que la molécule en elle-même qui est efficace. Cette prise de médicaments est en général insuffisante. Nous proposons alors des thérapies spécifiques, comme l'EMDR ou l'hypnose si besoin, mais pas de manière systématique. Nous estimons qu'une thérapie spécifique ciblée sera proposée à environ 20 % des personnes suivies par la Cump.

Rhizome : *Quelle est la durée approximative du suivi proposé par la Cump ?*

Nathalie Prieto : Nous suivons les personnes peu de temps après leur traumatisme ; grâce à cela, elles sortent de notre dispositif assez rapidement dans la plupart des cas, ce qui est d'ailleurs très gratifiant. Toutefois, la durée du suivi dépend du sujet en question, de sa vulnérabilité, de ses antécédents. S'il n'y en a pas, trois ou quatre séances peuvent être suffisantes. En moyenne, nous réalisons trois entretiens avec les personnes. En ce qui concerne le suivi des personnes endeuillées, confrontées à la perte d'un proche, la prise en charge est plus longue.

Rhizome : *Dans quelles situations utilisez-vous les techniques de type EMDR ?*

Nathalie Prieto : Nous utilisons cette technique lorsque, en face à face, les personnes récitent les événements qu'elles ont vécus de façon purement factuelle, sans émotion, ou quand le discours est trop intellectualisé, en cas d'alexithymie, chez les personnes qui ont du mal à exprimer leur contenu psychique.

Rhizome : *La Cump participe ainsi à soigner le social ?*

Nathalie Prieto : C'est exactement ça, nous soignons le social de la catastrophe. Lorsque le social se désorganise, cela renvoie aux victimes une image de chaos qui a comme effet de cristalliser le trauma. Il faut bien comprendre que les gens sont traumatisés autant par ce qui leur est arrivé que par la manière dont leur environnement a été géré au moment où ça leur est arrivé. À titre d'exemple, nous pouvons citer ici une victime de l'explosion de l'usine AZF qui s'est produite à Toulouse le 21 septembre 2001 : « J'étais ensablanté, les pompiers passaient devant moi et ne me regardaient même pas. » Nous avons l'impression que le trauma ne s'est pas cristallisé autour de l'explosion, mais autour de la déshumanisation engendrée par l'absence de secours. Il faudrait que les victimes puissent retenir de leur expérience la réhumanisation secondaire plutôt que l'événement en lui-même.

Rhizome : *Comment évaluer cliniquement le fait qu'une personne ait été traumatisée ?*

Nathalie Prieto : Après vingt ans d'intervention sur le terrain, j'ai le sentiment d'être capable de déceler les

personnes qui vont être traumatisées par l'identification des différents états dissociatifs : hébétude, acte automatique, agitation extrême avec trouble du contact, etc. Ainsi, c'est le trouble du contact relationnel qui traduit le trouble du comportement. La dissociation péritraumatique signe la gravité de l'impact ; *a priori*, ce sont ces personnes-là qui vont développer des troubles. Les critères de gravité de la Cump, en termes psychiques, ne répondent pas aux critères de gravité du Samu, qui vont par exemple se focaliser sur les personnes qui ont le plus de manifestations visibles (cris, pleurs...).

Rhizome : *Avez-vous donc développé un sens clinique ?*

Nathalie Prieto : Oui, il y a un sens clinique lorsque l'on parle de dissociation. Ce sont des moments où l'impression vécue ralentit, où les personnes ont l'impression d'avoir été « dans un film » ou « d'être un robot », *a posteriori*. Les victimes décrivent parfois des scènes silencieuses, comme dans le cas de l'attentat de Nice, alors que de toute évidence, celles-ci ne peuvent pas l'avoir été. Nous pouvons aussi faire référence à des « blancs », sans perte de connaissance : « *Je ne me souviens pas* » ; c'est bien un état dissociatif. Ce sont ces personnes dissociées qui vont souvent avoir des séquelles psychiques.

Rhizome : *Nous entendons souvent dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale, ou dans les centres d'hébergement pour demandeurs d'asile, qu'il faudrait qu'il y ait du « psy » pour que les situations soient apaisées. Dans quelle mesure y a-t-il des compétences psy attendues ici alors que précisément cette crise est aussi liée aux conditions d'accueil ?*

Nathalie Prieto : Lorsque les personnes sont confrontées à des événements violents, par exemple où il y a des morts, elles perdent systématiquement leurs repères. Cela met également les secours en incapacité de penser et d'agir avec le souci de réhumaniser l'événement. Ces secours vont alors séparer les personnes, ou mettre en place une gestion maladroite (au plan psychologique) qui risque de compromettre leur pronostic psychique. Les humains restent des humains, quels que soient le lieu où ils se trouvent ou leur niveau de vie, et leurs mécanismes traumatiques à l'œuvre sont les mêmes.

Rhizome : *Pour vous, il n'est donc pas envisageable de comparer un événement ou une catastrophe avec un lieu qui peut être traumatisant, comme la Jungle de Calais ?*

Nathalie Prieto : Oui, effectivement. Il y a beaucoup de souffrance à Calais, dans les squats et dans la précarité. Cependant, cette souffrance n'est pas de même nature. Par exemple, lorsque l'on vous annonce que vous avez un cancer, qu'il ne vous reste plus que quelques mois à vivre, que vous allez souffrir beaucoup, vous allez vous sentir mal et peut-être être déprimé... Mais il ne s'agit pas de la même souffrance. Je ne parle pas d'intensité, mais du type de souffrance. Il y a de la souffrance chez les personnes qui connaissent des situations précaires, qui vivent dans un squat par exemple, mais celle-ci n'est pas nécessairement traumatique. Le trauma fait référence à quelque chose de bien spécifique, c'est une rupture et un effroi à un moment précis. Par exemple, quand on prend votre jambe et qu'on la casse, ce n'est pas la même chose que quand vous avez un cancer de la jambe.



Rhizome : *Oui, mais quand on vous la casse petit à petit ?*

Nathalie Prieto : Alors là, il s'agit d'un trauma itératif plus complexe. Il faut bien distinguer les trois situations dont nous parlons. Cette situation, est une sorte de cumul, une répétition effectivement. À mon avis, nous pouvons aussi parler de trauma. En d'autres termes, la charge de stress est tellement importante qu'au bout d'un moment, le sujet va se briser, et c'est ce que l'on appelle le trauma complexe.

Rhizome : *Quel lien fait-on de manière théorique, voire pratique, entre le traumatisme et la résilience ?*

Nathalie Prieto : Personnellement, je suis un peu en difficulté face au concept de « résilience ». En tant que médecins, notre mission est de prendre en charge ce qui ne va pas chez les personnes. En formation, il m'est déjà arrivé de rencontrer des personnes qui m'ont dit : « *Je ne comprends pas, parce que moi, ma mère elle a vécu tout ce que vous dites et elle n'a rien du tout.* » Je leur réponds donc : « *Tant mieux.* » Par définition, un médecin ne voit que des malades, il voit rarement ceux qui vont bien ou ceux qui s'en sont sorti. Je suis d'accord, la résilience est un point important, parce que quand les gens sont à ce point traumatisés et qu'il est impossible d'aborder le noyau traumatique, il est nécessaire de chercher à développer le secteur sain, cet aspect fait souvent partie des missions de la psychiatrie. Toutefois, à titre personnel, je suis peu concernée par la question de la résilience dans la mesure où je m'intéresse au noyau traumatique. Les personnes sont soit vraiment résilientes dès le départ, et dans ce cas, je ne les vois pas, soit elles constituent leur propre résilience, et alors elles n'ont plus besoin de moi.

Rhizome : *L'enjeu est-il à cet endroit-là, justement ?*

Nathalie Prieto : L'enjeu est bien que les personnes soient résilientes, évidemment. Je suis à la base aussi médecin légiste, donc je me suis beaucoup intéressée aux questions de « réparation » et du fameux « statut de victime ». Aujourd'hui, délibérément, je sépare le traumatisme de ces questions de réparation. Le traumatisme est une pathologie, une maladie à traiter, pour que, justement, les personnes sortent du « statut » de cette maladie. ▀

Wissam El-Hage

CHRU de Tours, Pôle de psychiatrie, Cump 37
 Université de Tours, Inserm, UMR 1253, iBrain, CIC 1415
 Tours

Prise en charge des troubles post-traumatiques

La prise en charge des troubles post-traumatiques requiert un dépistage des traumas vécus ainsi qu'une évaluation systématique de leurs conséquences sur le plan personnel, social, familial et professionnel. Cette étape constitue un préalable indispensable pour définir la stratégie thérapeutique adaptée à la personne et au contexte du soin.

Les troubles post-traumatiques sont divers et ne se limitent pas au seul trouble de stress post-traumatique (TSPT), prenant la forme d'une anxiété pathologique, d'une dépression, d'une addiction ou de troubles des conduites. Tout traitement devra tenir compte de la présentation symptomatique, mais surtout aboutir à l'intégration du traumatisme dans l'histoire du sujet¹.

Psychothérapies

La thérapie requiert une relation de confiance, une communication claire et un cadre fiable, en opposition au cadre transgressé par le trauma. La thérapie définit un cadre de soins et peut impliquer plusieurs professionnels avec des compétences complémentaires, en vue d'aboutir à une résilience assistée. Les thérapies à proposer en première intention sont des psychothérapies structurées ayant démontré la preuve de leur efficacité, centrées sur le trauma, à savoir : la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la thérapie d'exposition prolongée (TEP), l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (*eye movement desensitization and reprocessing*, EMDR), la thérapie des processus cognitifs (TPC) et la thérapie brève éclectique. D'autres thérapies gardent un intérêt clinique réel, bien que leur efficacité soit moins incontestable, comme la thérapie narrative avec exposition ou l'hypnose, comme une thérapie adjuvante. Nous évoquons ici quelques stratégies thérapeutiques de façon non exhaustive².

Exposition prolongée

Le principe thérapeutique de l'exposition prolongée (EP) repose sur l'activation répétée du souvenir traumatique avec engagement émotionnel et incorporation d'informations correctives de la vision du monde et de soi. L'objectif est de lutter contre l'évitement mental et comportemental, qui empêche toute transformation du souvenir traumatique. L'EP est un traitement efficace, bien toléré et sûr, considéré comme le *gold standard*, ou le traitement de référence. Elle permet d'apprivoiser les situations évitées et le souvenir du trauma de façon graduelle, prolongée et répétée. L'EP associe ainsi une exposition en imagination et des exercices d'exposition *in vivo*. Elle demeure toutefois peu utilisée. Les obstacles à l'accès à l'EP viennent autant des perceptions négatives des cliniciens et de leur méconnaissance du traitement que de l'évitement des patients.

Psychothérapie EMDR

L'EMDR occupe une place grandissante dans la prise en charge des victimes de traumas. Elle bénéficie de résultats convaincants

et fait l'objet d'une diffusion large. Les cliniciens la considèrent comme un soin psychique de premier plan pour traiter les traces traumatiques. L'EMDR s'appuie sur un modèle de traitement en huit phases qui guident la conceptualisation de cas et le plan de traitement dans la prise en charge. Son indication paraît incontestable dans le TSPT, mais elle est plus controversée dès lors que l'on est confronté à des traumatismes complexes. L'EMDR, comme la plupart des autres approches d'ailleurs, se révèle insuffisante lorsqu'elle est utilisée seule. Il est alors nécessaire d'envisager une prise en charge plus intégrative qui ne se réduit pas à l'application du protocole standard.

Thérapie des processus cognitifs

La thérapie des processus cognitifs (TPC) est un traitement cognitif comportemental centré sur les traumas, structuré et manualisé. L'accent est mis sur les pensées et les croyances qui ont été modifiées par les traumas, lesquelles alimentent les symptômes du TSPT et constituent des points de blocage qui empêchent le rétablissement. La TPC exerce une incidence positive sur les symptômes dépressifs comorbides et vise à flexibiliser les modes de pensées, principalement *via* la restructuration cognitive. Elle a été validée auprès de populations victimes de traumas variés et/ou multiples. Le traitement manualisé comprend douze séances. Il nécessite un investissement soutenu de la part du patient, sous forme d'exercices à réaliser quotidiennement. Bien que son efficacité soit largement appuyée par les données probantes, plusieurs patients conservent des symptômes persistants au terme du traitement.

Thérapie narrative

Les histoires traumatiques fabriquent des conclusions identitaires négatives. La thérapie narrative aide le sujet à trouver de nouvelles significations aux traumas et à comprendre le sens des émotions dissociées. Elle amène également le sujet à se reconnecter à ses valeurs, parcourir des événements vécus où les actions sont en rapport avec les intentions, et où celles-ci peuvent se traduire par des prises d'initiatives. Cela refaçonne une identité narrative en mouvement, en lien avec une sécurité relationnelle retrouvée. L'approche narrative des traumas complexes va aider le sujet à se stabiliser avant d'aborder le travail sur les conséquences du trauma dans le présent. Ces conséquences sont travaillées dans le champ de l'action où le trauma a été vécu, de la relation lorsque le sujet a manqué de tiers sûr, et dans le champ des intentions et des valeurs. En reliant les vécus sensoriels à des expériences intentionnelles, la mise en récit redonne au processus d'autoaffectation son rôle central, pour redonner sens aux mots dans la vie du sujet.

Hypnose

L'hypnothérapie a tout à fait sa place dans le traitement du TSPT, seule ou en association à d'autres psychothérapies. Son efficacité est prouvée même si elle reste moins étudiée que d'autres modalités. L'hypnose offre un cadre contrôlé,

¹ Canini, F., El-Hage, W. et Garcia, R. (2017). *ABC des psychotraumas. Le trouble de stress post-traumatique. Savoir pour guérir*. Villers-lès-Nancy : Mona édition SAS.

² El-Hage, W. et, Bilodeau, M. (2018). *Stratégies thérapeutiques des traumas. 11^e Rapport du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*. Tours : Presses universitaires François-Rabelais.

stratégique et sécurisé à la relation thérapeutique qui permet l'exposition au souvenir traumatique dans un état de conscience particulier. C'est en utilisant la dissociation hypnotique que la dissociation pathologique peut s'apaiser et qu'un phénomène d'intégration peut s'effectuer. L'hypnose permet de visiter à nouveau le trauma en l'enrichissant d'informations supplémentaires, en l'élargissant. Plus le praticien dispose d'informations, plus les angles de vue ou les manières de considérer le trauma sont possibles pour que le trauma puisse être considéré différemment. Le seul préalable non technique à la pratique de l'hypnose est d'avoir confiance dans les ressources du patient. Y croire est en effet indispensable. C'est le meilleur moyen pour qu'il se saisisse du cadre de l'hypnose pour devenir acteur, qu'il se saisisse de la sécurité relationnelle pour s'exposer, qu'il se saisisse de l'enrichissement sensoriel pour pouvoir choisir de lire autrement la scène traumatique.

Enfant et adolescent

Des soins précoces et adaptés sont requis devant la fréquence, la sévérité des symptômes de TSPT chez l'enfant et l'adolescent en raison de leur impact en termes de développement psychoaffectif et de construction de la personnalité. Les approches psychothérapeutiques sont à privilégier en population pédiatrique. La thérapie de référence est la TCC centrée sur le trauma. D'autres thérapies ont montré des effets bénéfiques, comme la TE narrative (KidNET, par exemple), l'EP et l'EMDR. Les stratégies thérapeutiques dépendent de l'âge de l'enfant, du délai, du type de trauma et de ses manifestations cliniques. La participation parentale aux soins de l'enfant, les thérapies de groupe et les interventions scolaires améliorent la symptomatologie. La prescription médicamenteuse n'est pas préconisée en dehors des situations de symptômes sévères, chroniques, résistants, ou de comorbidités. Le manque de professionnels formés à ces psychothérapies constitue une limite aux prises en charge de jeune public.

Thérapie médicamenteuse

Aucun médicament n'a été développé dans le but de traiter spécifiquement le TSPT. Les psychothérapies peuvent être complétées par la prescription de certains psychotropes ou d'autres thérapies de potentialisation, mais dont la taille d'effet de leur efficacité reste moindre en comparaison aux psychothérapies.

L'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques peut être nécessaire afin de réduire les effets délétères du syndrome de reviviscence et de restaurer le sommeil. D'autres médicaments ont pu être proposés dans le TSPT aigu. L'hydroxyzine par exemple joue un rôle positif dans la gestion de l'anxiété ou du sommeil, mais sans effet thérapeutique sur l'extinction de la peur. Les benzodiazépines sont contre-indiquées, en raison du risque élevé de dépendance et d'addiction qu'elles présentent³.

Les antidépresseurs sont reconnus comme efficaces. Ils peuvent être prescrits en seconde intention ou en cas de comorbidité dépressive. Le traitement doit être ajusté de façon rationnelle en ciblant les symptômes prédominants. En France, seules la paroxétine et la sertraline sont indiquées dans le TSPT. À l'international, d'autres molécules sont également recommandées comme la fluoxétine et la venlafaxine. Le risque d'effets secondaires des antidépresseurs est à noter, ainsi que le coût plus élevé du traitement, sa moindre acceptabilité et le risque de rechute en cas d'arrêt. En cas

de non-réponse, la nefazodone, l'imipramine ou la phénelzine sont à prescrire en monothérapie. Les patients répondeurs doivent continuer le médicament pendant au moins un an avant toute tentative de réduction, en amont de son arrêt éventuel. D'autres molécules ne peuvent pas être recommandées en l'absence d'un niveau de preuves suffisant (la prazosine ou les antipsychotiques, par exemple). La pharmacothérapie du TSPT est peu investie par la recherche, mais il serait intéressant pourtant de disposer de protocoles thérapeutiques qui cibleraient certaines caractéristiques du TSPT (comme l'irritabilité, le sommeil, la dissociation).

Des médicaments de potentialisation des thérapies d'exposition sont également à l'étude. Ces nouvelles stratégies consistent à renforcer l'effet des psychothérapies par des médicaments (propranolol, D-cyclosérine, MDMA, hydrocortisone, yohimbine, ocytocine, par exemple). Des essais cliniques évaluent l'efficacité des médicaments de potentialisation de la thérapie d'exposition *versus* placebo. D'autres études suggèrent l'intérêt des bêta-bloquants comme le propranolol dans l'extinction de la peur associée au souvenir traumatique. Le rôle et l'efficacité de ces nouvelles stratégies thérapeutiques restent à définir de manière plus fine dans les prochaines années.

Neurostimulations

Les techniques de stimulation cérébrale sont en plein développement. La stimulation magnétique transcrânienne (*transcranial magnetic stimulation* [TMS]), l'électroconvulsivothérapie (ECT), le bloc du ganglion stellaire ou la stimulation du nerf vague (VNS) ne possèdent pas de niveau de preuves suffisant de leur efficacité. Les données actuelles sont insuffisantes pour garantir l'efficacité et l'innocuité de ces techniques dans le traitement du TSPT. Les efforts mis en œuvre par la recherche ne cessent de préciser les protocoles de stimulation adaptés à chaque pathologie et améliorent leurs retombées cliniques. Considérant le modèle neurobiologique actuellement proposé pour expliquer le TSPT, chacune de ces méthodes pourrait présenter un avantage spécifique. L'implication des régions corticales préfrontales médiane, insulaire et cingulaire antérieure favoriserait par exemple des approches basées sur des stimulations corticales. Au vu du rôle primordial d'autres structures plus profondes telles que l'amygdale, leur stimulation pourrait ainsi s'avérer intéressante.

Conclusion

Les thérapies d'exposition, en particulier les TCC centrées sur le trauma, l'EMDR et la thérapie d'exposition sont unanimement recommandées pour le TSPT. Le traitement pharmacologique n'est pas le traitement de première intention. Une stratégie thérapeutique peut s'élaborer en fonction de l'individu, du type de traumatisme vécu, de ses symptômes, mais aussi de nos propres outils thérapeutiques. La prise en charge doit évaluer la gravité d'un traumatisme, catégoriser les symptômes et proposer des thérapies accessibles et cliniquement pertinentes. Dans la prise en charge des victimes de traumas, et particulièrement des migrants, il faut tenir compte des particularités culturelles et du rôle de la communauté et de la famille dans le processus individuel de récupération des traumas. L'attitude du thérapeute doit rester empathique, de soutien moral et d'encouragement, et elle doit tenir compte sans les juger des singularités du patient, dans le but de comprendre chaque individu dans son originalité culturelle. ▶

³ El-Hage, W. (2014). État de stress post-traumatique. Dans B. Millet, J. M. Vanelle, J. Benyaya, *Prescrire les psychotropes* (2^e éd.). Paris : Elsevier Masson.

Olivier Fossard

Praticien hospitalier, chef de service
Référént Cump 84
Centre hospitalier de Montfavet
Avignon

Samia Lahya

Médecin
Référént Cump 84
Centre hospitalier de Montfavet
Avignon

Le psychotrauma complexe : diagnostic et prise en charge

Diagnostic

La définition des troubles de stress post-traumatique (TSPT) évolue et s'enrichit de nouvelles approches. Dans son chapitre sur le TSPT, le *DSM-V*¹ réunit le courant de la victimologie et celui du psychotrauma, qui relève des situations de guerre, d'attentats et de catastrophes rencontrées lors des interventions de la cellule d'urgence médico-psychologique (Cump). Le diagnostic psychotraumatique peut être révélé précocement suite à ces interventions sur le terrain, ou à distance, au cours d'une consultation dédiée. Cette consultation a permis des diagnostics post-traumatiques jusqu'à méconnus chez des patients porteurs d'autres diagnostics, et a ouvert des pistes de recherche et de réflexion autour de la question du TSPT et des psychotraumas complexes (PC).

Enquête épidémiologique

Nous avons cherché à évaluer l'incidence et le retentissement de l'exposition traumatique *via* une étude pilote menée auprès des patients de notre service. L'enquête EPPA-² a révélé une situation d'exposition traumatogène pour 72 % d'entre eux (contre 30 % en population générale³), dont 74 % rapportaient des expositions traumatiques multiples (prédominance féminine). Une deuxième enquête EPPA, en cours de publication, a étudié l'impact de ces de ces expositions traumatiques d'autrefois sur le volume de soins psychiatriques d'aujourd'hui. Elle montre un ordonnancement cohérent de la quantité de soins en fonction du type d'exposition. L'impact psychiatrique des antécédents traumatiques semble corrélé à la violence et à la répétition de ces expositions anciennes et multiples. Pour porter le diagnostic de TSPT, des critères de répétition, d'évitement, de dissociation, d'hypervigilance, des répercussions sur l'humeur et la vie sociale sont à rechercher. Ils font le lit évolutif des pathologies psychiatriques ultérieures. Le lien pressenti entre les expositions traumatiques et l'intensité de la prise en charge ultérieure pose la *question déterminante de l'origine psychotraumatique de certains troubles psychiatriques*⁴.

Clinique

Le PC peut se définir comme l'empilement de plusieurs traumatismes répétés ou prolongés⁵ qui se télescopent entre eux, parfois dans un contexte d'amnésie traumatique ou d'hypermnésie paradoxale⁶. Ces traumas successifs aboutissent à des troubles du comportement, des conduites, de l'humeur ou à des symptômes non spécifiques rendant le tableau clinique cumulatif, tardif et d'expression psychiatrique complexe. Alors que pour le TSPT récent, le diagnostic en lien avec l'exposition est posé d'emblée, avec le PC nous sommes face à des symptômes sans exposition toujours évidente. Il n'y a pas (ou plus) de répétition apparente. L'existence d'une ou de plusieurs expositions anciennes et des symptômes

post-traumatiques masqués doivent faire évoquer un PC. Les symptômes dissociatifs sont à explorer finement en s'appuyant sur une lecture neuropsychologique : des éléments étiquetés comme étant de l'ordre du délire peuvent se révéler être l'interprétation d'un patient à qui il n'est pas proposé d'explication clinique de ses troubles. Ainsi, des scarifications peuvent tenter de faire disparaître les sensations récurrentes (flashs sensitifs) et insupportables d'une agression sexuelle ou physique. Les « voix » imposent aussi d'être explorées. Ces signes dissociatifs peuvent être en lien avec des éléments mémoriels traumatiques, non délirants. Il s'agit dans ces cas d'une dissociation traumatique⁷. L'origine traumatique d'une dissociation peut être évoquée devant certains signes cliniques : le caractère *incontrôlable* d'épisodes d'agressivité ou de violence conduisant à l'isolement ou à la contention peut faire évoquer un phénomène de flash-back. La sensation de *bizarrierie* qui accompagne parfois ces éléments dissociatifs peut être ressentie par le patient et spontanément exprimée, et semble relever du caractère incomplet de la mémoire traumatique récurrente. L'existence d'une composante *émotionnelle* oriente fermement vers une origine traumatique. Ces phénomènes accompagnant la dissociation évoquent une *conscience a minima*, d'allure peu schizophrénique. Le processus thérapeutique débute dès l'établissement du diagnostic de psychotrauma en proposant au patient une interprétation cohérente de sa souffrance, explication qui lui est directement accessible ainsi qu'à son entourage.

Thérapeutique

Chez ces patients déjà polymédiqués un traitement psychothérapeutique centré sur la souffrance psychique est prioritaire. Comme pour le TSPT récent, les quatre méthodes faisant consensus sont émotionnelles et ciblées : EMDR, thérapies cognitivo-comportementales (TCC), hypnose et thérapies dynamiques⁸. Les indications de chaque méthode sont posées et utilisées en équipe thérapeutique pluridisciplinaire. L'exposition « parlante » sur le plan émotionnel est à aborder en premier lieu. À l'inverse, l'absence d'émotion exprimée peut signaler que nous ne sommes pas au « bon endroit » et nécessitera de rechercher l'exposition qui fait écran (généralement en amont). Ce phénomène s'observe également en Cump lors des débriefings de soignants victimes de traumatismes vicariants. Cette prise en charge thérapeutique permettra de révéler les signes pathognomoniques du psychotrauma (syndromes de répétition et d'évitement), et confirmera le diagnostic *a posteriori*. Durant la prise en charge, nous rechercherons la convergence de trois cliniques : la clinique *verbale* en rapport avec l'imagerie mentale de l'exposition, *corporelle* (gestes et sensations corporelles) et *émotionnelle*, qui annonce le processus cathartique imminent. Ces pistes cliniques et thérapeutiques sont à développer et à évaluer, à l'heure où la question des PC émerge et se précise, et pourraient modifier la prise en charge d'un certain nombre de patients chronicisés. ▶

1 American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-V. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

2 Enquête épidémiologique « Exposition psychotraumatique en psychiatrie adulte », menée auprès d'une population de 294 patients tout-venant au centre hospitalier de Montfavet (84). Voir : Fossard, O., Lahya, S., *et al.* (2018). Exposition psychotraumatique en psychiatrie adulte (EPPA-I) : Prévalence de l'exposition psychotraumatique dans un pôle de psychiatrie adulte. *L'Information psychiatrique*, 94, 176-182.

3 Vaiva, G., Jehel, L., *et al.* (2008). Prevalence of trauma-related disorders in the French WHO study "Santé mentale en population générale". *L'Encéphale*, 34, 577-583.

4 Ducrocq, F., *et al.* (2001). État de stress post-traumatique, dépression post-traumatique et épisode dépressif majeur : la littérature. *L'Encephale*, 27, 159.

5 Lahya, S., Fossard, O. (2018). Le traumatisme psychique complexe. Dans R. Coutanceau, C. Damiani (dir.), *Victimologie. Évaluation, traitement, résilience* (p.19-36). Paris : Dunod.

6 Desmedt, A., *et al.* (2015). Abnormal fear memory as a model for PTSD. *Biological Psychiatry*, 78, 290-7.

7 Janet, P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de psychologie normale et pathologique*, 5, 417-453.

8 Lopez, G., Seguin-Sabouraud, A., *et al.* (2016). Traiter les psychotraumatismes. Paris : Dunod.

Sabine Mouchet-Mages

Psychiatre, responsable de service
Service de psychiatrie légale, Criavs
Rhône-Alpes
Centre hospitalier Le Vinatier
Bron

Olivier Plancade

Psychologue
Service de psychiatrie légale, Criavs Rhône-Alpes
Centre hospitalier Le Vinatier
Bron

Traumatisme infantile et adversités dans l'enfance chez les auteurs d'agressions sexuelles

De nombreux travaux ont montré une prévalence augmentée de traumatismes infantiles chez les agresseurs sexuels, suggérant l'existence d'un lien entre victimisation dans l'enfance et passage à l'acte à l'âge adulte¹. Il existe un risque majoré pour les hommes agresseurs sexuels d'avoir été victimes d'abus sexuels, physiques, de violences verbales et de négligence émotionnelle. Le Centre ressource pour les intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles (Criavs) assure un soutien aux professionnels en charge d'auteurs de violences sexuelles (AVS) en leur proposant des rencontres autour de situations, des formations et documentations. Dans ce contexte, il assure un maillage entre les acteurs de santé et de justice ainsi qu'un soutien aux plateformes référentielles d'évaluation des AVS de la région. Au sein de ces équipes, la question de l'origine et de la prise en charge des traumatismes infantiles chez les auteurs est l'objet de travaux cliniques et de recherche afin de mieux comprendre le lien entre victimisation et passage à l'acte, et de proposer des thérapies spécifiques.

Le modèle du cycle d'abus

Le modèle du cycle d'abus postule, dans le cas de l'agression, qu'une forme de maltraitance dans l'enfance aboutirait à la commission de faits semblables à l'âge adulte. Certains arguments ont permis d'étayer ce modèle dans le cadre des auteurs de violences sexuelles.

Concernant la victimisation sexuelle, plusieurs études ont ainsi mis en évidence une prévalence augmentée des antécédents d'agression sexuelle dans l'enfance des sujets agresseurs sexuels², mais toutes ne vont pas dans le même sens. D'autres facteurs associés à l'abus seraient déterminants : des résultats suggèrent par exemple un lien agressé/agresseur plus prégnant pour certaines populations (femmes) et certains actes (pédophilie). De même, l'exposition à la violence serait un élément important et permettrait de distinguer les victimes qui deviendraient à leur tour agresseurs. Plusieurs études recherchant l'existence de facteurs précoces négatifs chez les agresseurs sexuels ont mis en évidence une plus forte proportion d'antécédents de négligence, de manque de supervision, d'abus sexuel par une femme et de violences intrafamiliales graves. La perte d'un parent est également un facteur péjoratif.

Mesurer les expériences précoces est délicat en raison de l'ancienneté des faits, et nécessite des outils spécifiques validés. L'outil *Child Experience of Care and Abuse* (CECA)

est une interview rétrospective, disponible également sous forme de questionnaire validé en langue francophone, qui explore plusieurs axes comme la perte d'un parent, le placement en institution, l'existence d'abus physiques ou sexuels, etc. Elle tient compte de la négligence dans l'enfance, et pas uniquement des violences sexuelles ou physiques, subies dans l'enfance; le CECA a permis de préciser les liens entre antécédents d'adversité et délinquance sexuelle³.

Le modèle du cycle d'abus ne suffit pas, du fait de plusieurs arguments : ainsi, la plupart des victimes sont des femmes et les agresseurs, des hommes ; les expériences d'adversité précoces sont multiples et semblent jouer un rôle modérateur ; enfin, la majorité des agresseurs sexuels n'ont pas été victimes d'agression sexuelle, 18 % seulement en ayant eux-mêmes subi.

D'autres variables intermédiaires pourraient rendre compte du parcours spécifique de certains auteurs, et nécessiteraient d'être intégrées dans le modèle. C'est le cas du modèle de la dissociation.

Le rôle de la dissociation dans le cadre de la violence

La dissociation, historiquement décrite par Pierre Janet, peut être définie comme la survenue d'une perturbation touchant des fonctions normalement intégrées, comme la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement.

Elle peut être évaluée par plusieurs outils, dont l'échelle *Dissociative Experience Scale*⁴. Les symptômes dissociatifs peuvent être présents au cours de plusieurs troubles psychiatriques, tels que les troubles du comportement alimentaire, le stress post-traumatique, l'abus de substances, les troubles de personnalité *borderline*.

Un grand nombre d'études ont montré qu'il existe un lien entre la symptomatologie dissociative et la survenue d'un traumatisme psychique durant l'enfance, ainsi qu'une corrélation avec la sévérité, la précocité et la fréquence des abus. La survenue d'une dissociation semble corrélée avec la violence subie dans l'enfance, surtout sexuelle⁵, et pourrait servir de lien entre le traumatisme et la survenue de troubles psychopathologiques futurs.

Sur le plan neurobiologique, le rôle du stress sur les processus mnésiques serait susceptible

¹ Fédération française de psychiatrie (FFP) (2001). 5^e Conférence de consensus.

² Bifulco, A. (2006). Expérience durant l'enfance et agression sexuelle. Dans T. H. Pham, *L'Évaluation diagnostique des agresseurs sexuels* (p. 9-42). Wavre, Belgique : Mardaga.

³ Pham, T. H. et Ducro, C. (2008). Les antécédents d'adversité chez les agresseurs sexuels. *Annales Médico-Psychologiques*, 166, 580-584.

⁴ Carlson, E. B., Putnam, F. W., Ross, C. A., Torem, M., Coons, P., Dill, D. L., et al. (1993). Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: a multicenter study. *American Journal of Psychiatry*, 150(7), 1030-6.

⁵ Kisiel, C. L. et Lyons, J. S. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1034-9.

d'expliquer les manifestations cliniques de la dissociation⁶, notamment par la production de drogues endogènes (type *morphine-like*) en réponse à ce stress. Ces drogues viennent perturber l'encodage de l'information, par la disjonction qu'elles opèrent entre le ressenti corporel et l'information traumatique afférente.

Certains arguments laissent également envisager un rôle de la dissociation dans le cycle de la violence⁷ : ainsi, les troubles attentionnels sont fréquemment retrouvés chez les enfants victimes d'abus sexuels et font le lit de troubles du comportement antisocial à l'adolescence et d'abus de substance à l'âge adulte. Or il a été montré, chez des enfants de 8 à 12 ans victimes d'abus sexuels, une association significative entre une symptomatologie dissociative lors de la révélation du traumatisme subi et la survenue ultérieure de troubles attentionnels. Ainsi, la dissociation servirait de facteur médiateur entre trouble de stress post-traumatique et troubles attentionnels. Ces résultats encouragent ainsi à étudier la symptomatologie dissociative en lien avec le passage à l'acte.

Expérience dissociative et passage à l'acte sexuel

Il faut distinguer un état dissociatif au cours du passage à l'acte de la présence de troubles dissociatifs chez les agresseurs. Ainsi, il n'y aurait pas forcément de dissociation de base chez des agresseurs présentant des épisodes de dépersonnalisation de type *flash-back*. La dissociation serait alors un symptôme transitoire.

L'existence d'une dissociation peut avoir des répercussions médico-légales en termes de responsabilité, avec différentes interprétations selon les systèmes judiciaires⁸. Ainsi, certaines allégations d'amnésie du crime seraient en réalité de nature dissociative. Il s'agirait d'actes accompagnés de fortes charges émotionnelles, avec une amnésie souvent partielle.

Quelques rares auteurs ont plus précisément contribué à la description de la dissociation, en particulier de la dépersonnalisation, lors du passage à l'acte sexuel. En France, l'utilisation d'un questionnaire⁹ a fourni une description clinique du phénomène. Ainsi, sur le plan de la formulation de l'acte, on note qu'il est précédé de pensées semblant oniriques, imaginées ou fantasmées pour certains. Souvent incontrôlables, ces pensées sont fréquemment de nature visuelle et s'imposent de manière envahissante et automatique ; presque un agresseur sur quatre dit avoir une pensée ou une image avant le déclenchement de l'acte, de manière quasi hallucinatoire. Plus des deux tiers de ces sujets ne parviennent pas à préciser ce qui se passe avant l'acte.

Cette observation est à rapprocher de celles de Bliss¹⁰. Il postule que des processus « autohypnotiques » pourraient être induits chez certains, produisant comportement antisocial et criminalité. Le point commun de ces individus serait l'existence d'abus physiques, sexuels et psychologiques précoces entraînant des défenses « hypnotiques » et facilitant le comportement criminel.

Prise en charge des auteurs de violences : l'intérêt du traitement des traumatismes

La population d'agresseurs sexuels est donc susceptible d'être exposée à des adversités précoces, pouvant constituer des traumatismes. Il y a ainsi tout intérêt à reconnaître la problématique du traumatisme chez ces auteurs, malgré une présentation clinique qui est rarement celle de l'état de stress post-traumatique, avec peu de symptômes extériorisés. Ce modèle de dissociation nous permet de repérer, au-delà de la présentation parfois asymptomatique, la trace de ces éprouvés précoces.

Concernant leur traitement, la place du ressenti corporel et des émotions est centrale. Les noyaux impliqués dans la régulation d'un stress intense (amygdale, thalamus) vécu durant un épisode traumatique ne sont pas situés dans les zones dédiées à l'analyse et au langage, mais dans des zones limbiques en deçà. Ce constat récent invite le soignant à repenser sa prise en charge, par l'utilisation d'outils spécifiques favorisant le corps, l'imagerie mentale ou encore la pleine conscience ciblée.

Nous utilisons au sein de notre consultation de psychiatrie légale différentes thérapies s'appuyant sur les données des neurosciences en matière de traitement de l'information (l'EMDR¹¹, l'ICV¹² et la *brainspotting*¹³). Le pari commun de ces thérapies est de solliciter l'information traumatique stockée de façon dysfonctionnelle, et permettre sa transformation et intégration à un niveau plus élevé de stockage, moins activant émotionnellement. L'EMDR utilise une série de stimulations bilatérales alternées (oculaires ou physiques), après avoir identifié une cible traumatique (souvenirs, images...). L'ICV utilise une ligne du temps (liste de souvenirs depuis le traumatisme), que le thérapeute fait visualiser de façon répétée au patient, jusqu'à ce que le niveau de perturbation corporel soit éteint. La *brainspotting* utilise la combinaison de la pleine conscience ciblée et d'une sensation corporelle liée au trauma, la recherche d'une position oculaire liée à cette sensation et le maintien sur ce point, permettant une liquidation de la perturbation.

Conclusion

Le dépistage et la prise en charge des états dissociatifs représentent un enjeu majeur de santé publique tant pour les auteurs que pour les victimes. Nous avons bâti notre réflexion à partir des conduites criminelles des auteurs de violences sexuelles. La dissociation est un symptôme transversal présent dans d'autres pathologies, et ne doit pas être confondue avec la schizophrénie, dont le symptôme de « dissociation » fut en réalité mal traduit à partir du terme allemand *Spaltung*, que l'on traduirait aujourd'hui par « discordance ». Le traitement, on l'a vu, diffère de ceux utilisés dans la schizophrénie. Ces théorisations et outils récents forment un domaine d'étude particulièrement fertile, à la croisée entre recherche fondamentale et pratique soignante. La prise en charge des antécédents de victimisation et de dissociation chez les auteurs de violences sexuelles par des techniques spécifiques permet une amélioration du fonctionnement de ceux-ci. Au-delà d'une meilleure santé psychique, ils sont mieux à même de gérer leurs émotions, ce qui peut concourir à une diminution du risque de passage à l'acte. ▶

⁶ Collin-Vézina, D. et Cyr, M. (2003). Current understanding about intergenerational transmission of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27(5), 489-507.

⁷ Moskowitz, A. (2004). Dissociation and violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*, 5(1), 21-46.

⁸ McSherry, B. (1998). Getting away with murder? Dissociative states and criminal responsibility. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21(2), 163-76.

⁹ Balier, C., et al. (1996). *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels*. Direction générale de la Santé, France.

¹⁰ Bliss, E. L., Larson E. M. (1985). Sexual criminality and hypnotizability. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(9), 522-6. Repéré à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4020372>

¹¹ Shapiro, F. (1999). Eye movement desensitization and reprocessing: clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(6), 35-67.

¹² Pace, P. (2012). *Lifespan integration. Connecting ego states through time* (traduction française, 2014, Pratiquer l'ICV. L'intégration du cycle de la vie). Paris : Dunod.

¹³ Grand, D. (2013). *Brainspotting* (traduction française, 2015). Paris : Guy Trédaniel.

Sydney Gaultier

Maître de conférences associé à l'université Savoie Mont-Blanc

Docteur en psychologie clinique et pathologie

Laboratoire Interuniversitaire de psychologie (LIP/PC2S, Chambéry/Grenoble)

Psychologue clinicien dans le champ de la protection de l'enfance

Stress post-traumatique et alliance thérapeutique auprès de mineurs non accompagnés

La prévalence du trouble de stress post-traumatique (TSPT) est largement attestée par l'ensemble des études européennes portant sur la santé mentale des mineurs non accompagnés (MNA). Le TSPT est fortement comorbide¹ à la dépression et à l'anxiété², ce qui implique, pour les professionnels, d'accroître leur vigilance concernant des plaintes somatiques et signes de détresse psychologique, même lorsqu'ils ne renvoient pas directement à l'identification d'un TSPT.

En effet, malgré la connaissance qu'ont les professionnels des parcours de ces jeunes, de leur exposition, pour eux-mêmes ou comme témoins, à la mort, des mauvais traitements, des agressions (notamment sexuelles) ou à leurs menaces, l'identification des signes d'un TSPT reste largement sous-évaluée dans le cadre de l'accueil de cette population. Ce constat a fait l'objet de plusieurs recherches³ relevant chacune un écart important entre les besoins de soins chez les MNA et leur prise en charge effective.

« La dimension thérapeutique de la parole étant enchâssée à celle de l'écoute, il nous faut au préalable réfléchir aux conditions de l'écoute en contexte interculturel »

Cette difficulté de repérage peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Un premier est lié à la diversité expressive des émotions en fonction des cultures, de sorte qu'il n'est pas spontané d'exprimer à autrui son mal-être, des codes venant réguler la nature de ce qui peut être manifesté ou non. La construction de l'offre d'aide dans le champ de l'intervention psychosociale s'est déployée à partir de dispositifs d'écoute, fondés sur notre représentation du bienfait et de la nécessité de la parole. Ce paradigme, qui correspond à notre sensibilité, est toutefois accessible aux MNA sous certaines conditions. C'est l'enjeu de la « translation » culturelle de l'offre de soins. La dimension thérapeutique de la parole étant enchâssée à celle de l'écoute, il nous faut au préalable réfléchir aux conditions de l'écoute en contexte interculturel.

Nous devons mentionner encore un deuxième facteur qui est celui du « paradoxe de l'accueil⁴ ». Alors que les MNA n'expriment pas spontanément leur besoin de soins psychiques, l'internalisation de leurs souffrances est renforcée par l'enjeu de l'adaptation. On observe une forme de contradiction dans la conception même de l'accueil de ces jeunes, lequel oscille entre protection et insécurité dans la mesure où, en tant que

mineurs, les MNA sont protégés au titre de la protection de l'enfance, mais qu'ils restent exposés lorsqu'ils deviennent majeurs (en basculant vers le registre du droit commun des étrangers) à la menace de reconduite aux frontières.

Le paradoxe entre protection et insécurité exerce à ce titre une pression maximale chez les MNA en les poussant à démontrer, de façon exemplaire, leur volonté de s'intégrer en réponse à l'injonction sociale qui leur est faite. Le coût psychique de cette quête de légitimité sociale se solde par une internalisation de leur détresse dans la mesure où le symptôme viendrait contredire leurs efforts d'adaptation. Cette situation provoque une adaptation elle-même paradoxale puisqu'elle étouffe la possibilité de manifester leur souffrance psychique, mais aussi de l'identifier. Ainsi, à moindre coût, chacun peut se convaincre que les MNA qui s'adaptent le mieux vont bien, oubliant qu'ils s'adaptent avant tout à ce « paradoxe de l'accueil ».

Il n'existe pas de consensus autour de la prise en charge psychothérapeutique des MNA comme en atteste la littérature internationale consacrée à ce sujet. On peut en effet observer en la parcourant une pluralité de pratiques, correspondant à des expériences de prise charge et des aménagements réalisés à partir de différentes approches (transculturelle, psychodynamique, cognitivo-comportementale, voire systémique). Les techniques peuvent privilégier des séances groupales ou individuelles, l'usage d'objets de médiation, la narration de soi, la relaxation, etc.⁵.

Chacune de ces approches participe de l'offre de soins accessible à tous ; toutefois, les conditions de pratiques auprès de personnes migrantes nécessitent des prérequis que seule la clinique inter/transculturelle s'est donnée les moyens de penser. À défaut, l'intervention, si efficace soit-elle, manquera d'une légitimité épistémologique. Ce point de vigilance étant soulevé, quelles sont les étapes d'une alliance thérapeutique en situation interculturelle ?

Un premier élément consiste à comprendre que les professions que nous incarnons ne trouvent pas, d'office, d'équivalence dans l'environnement culturel et le champ sémantique des MNA. Autant la qualification de « médecin psychiatre » renvoie au champ médical, autant le terme de « psychologue » représente pour beaucoup une nouveauté conceptuelle. Afin qu'une translation culturelle de la fonction de psychologue puisse s'établir, il nous semble important d'interroger ces jeunes, individuellement et culturellement, sur la manière dont ils sont

¹ La comorbidité qui désigne la fréquence d'association d'un trouble avec d'autres est renforcée entre le TSPT et la dépression depuis la version du DSM-V et l'introduction du critère « d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques ».

² Vervliet, M., Meyer DeMott, M. A., Jakobsen, M., Broekaert, E., Heir, T., Derluyn, I. (2014). The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55, 33-37.

³ Derluyn, I., Broekaert, E., Schuyten, G. (2008). Emotional and behavioural problems in migrant adolescents in Belgium. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(1), 54-62.

⁴ Gaultier, S. (2017). Les mineurs non accompagnés sont confrontés au paradoxe de l'accueil. *Actualités sociales hebdomadaires*, 3037, 26-27.

⁵ Demazure, G., Gaultier, S. et Pinsault, N. (2018). Dealing with difference: a scoping review of psychotherapeutic interventions with unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(4), 447-466.

parvenus jusque-là à apaiser intérieurement leurs soucis, leurs inquiétudes ou leur tristesse. Les moyens ou figures mobilisés dans ces circonstances qui se rapprochent de la fonction d'un soutien psychologique vont alors nous servir de point de comparaison (mais aussi d'identification) afin d'expliquer de façon contrastée notre propre fonction.

S'engage dès lors un travail intense de médiation transculturelle où va se coconstruire, avec chaque jeune, une représentation de notre rôle qui lui permet de nous investir dans la prolongation des figures de soutien déjà rencontrées. Notre fonction a d'abord un « air de famille⁶ » avec ce que le jeune a déjà expérimenté, mais elle nous inscrit dans un prolongement expérientiel qui oriente la relation thérapeutique. En ce sens, les figures de soutien et de guidance, à la fois compréhensives et consolantes qui font référence pour ces jeunes sont fréquemment celles de la mère, d'un oncle maternel, d'un aîné, etc.

En contexte de vulnérabilité interculturelle, il nous faut saisir que plusieurs semaines, voire plusieurs mois durant, les MNA sont maintenus dans un état de stress et de vigilance, dû en partie au sentiment d'insécurité lié à l'incompréhension de leur environnement, des conditions de leur accueil, de leur situation administrative et des mesures décidées pour eux. Cette insécurité contextuelle aggrave ou participe au maintien des troubles dont ils peuvent être porteurs⁷. La médiation transculturelle vers ce nouvel environnement participe pleinement du soin et de la construction d'une alliance thérapeutique de qualité. En situation

d'insécurité informationnelle, médiatiser l'environnement implique *de facto* de transformer l'angoisse et d'en réduire le stress postmigratoire.

À juste titre, il a été relevé que les MNA sont en recherche d'un soutien auprès des adultes sous forme de guidance, d'encouragements et de protection⁸. Sans être exclusives, ces fonctions concernent les psychologues et psychiatres dans leur suivi. À l'instar du guérisseur, le thérapeute doit être actif, directif et expert. Son exercice ne se limite pas à la parole : il est, pour ces jeunes, un « sujet supposé savoir⁹ ». Cette représentation peut être génératrice d'un malentendu culturel au sujet de la démarche de soins. En signifiant le respect du choix de l'individu par notre « disponibilité » à le rencontrer (lorsqu'il en éprouve le besoin), nous formulons une offre contradictoire à notre position experte qui se doit d'évaluer la nécessité de cette rencontre. Notre « disponibilité » risque alors de résonner comme de l'incompétence ou de l'indifférence à des besoins de soins néanmoins patents.

Ces caractéristiques invitent le thérapeute à orienter son style de communication afin que celui-ci soit plus directif lors des suivis. Ces étapes qui préludent à l'instauration de l'alliance thérapeutique peuvent parfaitement être modifiées par la suite. Nous décrivons en ce sens un ensemble de prérequis facilitant la rencontre en situation interculturelle. Il nous semble par la suite que les aménagements « acculturatifs » du cadre thérapeutique, concédés à cette occasion, s'ajustent à mesure que l'adhésion du patient augmente.

La posture de guidance, d'encouragement et de protection prend donc toute sa signification face à des adolescents migrants, isolés de leur famille. En ce sens, nous prenons le parti de consacrer le temps nécessaire lors des premières séances à nous positionner en médiation de ce nouvel environnement. À mesure que nous apparaissions comme un interlocuteur fiable, de nouveaux éléments cliniques émergent, souvent abordés de façon oblique à partir du quotidien et particulièrement du sommeil. Les troubles de l'endormissement et les cauchemars répétitifs sont en cela une voie d'accès privilégiée au vécu traumatique. À cette occasion, les techniques psychocorporelles et de relaxation peuvent s'avérer tout à fait pertinentes, le corps dans sa dimension transculturelle étant un vecteur privilégié de la souffrance des migrants, d'autant plus lorsque celle-ci semble indicible.

Conformément à la position directive attendue de la part des thérapeutes, les MNA s'inscrivent aussi dans une position active de cothérapeutes. Par expérience, les conseils prodigués sont respectés. La compliance dans les techniques que nous pouvons leur proposer n'est pas sans évoquer « l'efficacité symbolique », telle que la désignait Lévi-Strauss¹⁰. De la sorte, des pratiques culturellement nouvelles peuvent reproduire des schémas d'efficacité d'autres cultures.

Les conditions de la parole et de l'écoute clinique en contexte interculturel apprennent à composer avec l'altérité. Les psychologues et psychiatres sachant acculturer leur cadre ou le métisser afin de produire les conditions concrètes et singulières d'une hospitalité psychique se positionnent du côté de la rencontre et de l'alliance thérapeutique, dimension insécable du soin psychique. ▶

6 Le philosophe Ludwig Wittgenstein a conceptualisé cette notion « d'air de famille » afin d'évoquer de façon métaphorique les similitudes, mêmes partielles, entre des notions pourtant différentes.

7 Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E. et Derluy, I. (2014). Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 337-346.

8 Thommessen, S. A. O., Corcoran, P. et Todd, B. K. (2015). Experiences of arriving to Sweden as an unaccompanied asylum-seeking minor from Afghanistan: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology of Violence*, 5(4), 374-383.

9 Cette formule célèbre de Lacan désigne la nature du transfert effectué sur le psychanalyste. Cette attribution dépasse de loin cette seule figure et représente une caractéristique commune et certainement transculturelle des « médecins de l'âme ».

10 Lévi-Strauss, C. (1958). *Anthropologie structurale*. Paris : Plon.



Marianne Auffret

Vice-présidente de l'association « Élus, Santé publique et Territoires »
Maire adjointe du 14^e arrondissement de Paris (Urbanisme et santé)
Paris

Psychotraumatisme : aperçu des politiques publiques actuelles

La notion de « psychotraumatisme » se situe à divers confluents. Elle signe la rencontre d'une entité clinique constituée au cours du temps et les effets de son appropriation massive, tant dans le champ politique et social que dans le vocabulaire commun. Elle se présente comme une expérience aux contours remarquables, mais néanmoins commune à différents groupes très disparates. Enfin, elle condense les formes diverses que prend la réparation dans divers champs que la puissance publique a pour mission d'organiser : celui du droit, celui de la santé et de son extension à l'action sociale.

Appels à projets

Le début de l'été 2018 a donné à cette imbrication historique une actualité nouvelle à travers la création de nouveaux dispositifs spécifiques. Deux appels à projets, devant aboutir à l'automne, sont ainsi issus d'une initiative conjointe de la délégation interministérielle à l'Aide aux victimes – placée sous tutelle du garde des Sceaux, et qui a succédé dans ses missions à l'éphémère secrétariat d'État du même nom –, et de la direction générale de l'Offre de soins (DGOS) au sein du ministère des Solidarités et de la Santé. L'un propose « l'identification d'un Centre national de ressources et de résilience (CNRR) » dont le cahier des charges a été publié en juillet 2018. Il a été précédé de quelques semaines par celui destiné à identifier une dizaine de « dispositifs de prise en charge globale du psychotraumatisme » sur le territoire français. Ces appels à projets, issus de deux secteurs – justice et santé – peu habitués à programmer des politiques communes, ont ainsi abouti à l'automne 2018 à la création d'un dispositif complet articulant les missions d'expertise, de formation des professionnels de différents champs ainsi que de l'accueil, du soin et de l'orientation des personnes désignées comme « traumatisées » (ou potentiellement traumatisées) par des événements ou des situations que le texte énumère.

À l'étude de ces textes destinés à décrire les attendus et organiser la politique publique de la « prise en charge du psychotraumatisme », il n'est pas aisé de lire les intentions précises des décideurs, ni même dans quel cadre ils situent leur action. Bien sûr, ils ont veillé à rendre globalement congruents les argumentaires des deux textes. Mais risquons-nous à entrer dans les détails des éventuels malentendus contenus dans les coordonnées même de ce projet titanesque : identifier et répertorier les publics dont les souffrances psychiques résulteraient de certains chocs de nature particulière, réparer ces blessures invisibles en offrant un espace thérapeutique élaboré spécialement pour elles.

Quel public pour quel trouble ?

Parmi les considérants des deux appels à projets, nous distinguons ainsi une variété de logiques qui amènent à identifier certains groupes comme relevant du périmètre d'action de ce dispositif. S'il s'agit bien de prendre en charge « tout type de victime et de violence », le public visé est celui dont la caractéristique est d'avoir été *exposé* à un événement ou une situation qui pourrait l'avoir blessé psychologiquement. Cette exposition est décrite comme étant l'agent étiologique dominant sinon exclusif d'un trouble que l'on nomme ici « le psychotraumatisme ». Ce terme, s'il emprunte le registre linguistique de la médecine, ne paraît pas renvoyer à une entité clinique spécifique. Peut-être s'agit-il d'une référence implicite au « syndrome de stress post-traumatique » qui n'est pourtant pas mentionné dans les deux textes, dont il faut rappeler qu'il correspond à un syndrome spécifique – un syndrome de répétition dominé par l'anxiété, les reviviscences et une hyperactivation du système nerveux –, répondant en principe à une prise en charge précoce. Mais on a peine à penser que le décideur ait pu imaginer qu'à la longue et instable taxinomie de la brutalité qu'il propose (« violences physiques, sexuelles, psychologiques, conjugales, intrafamiliales, professionnelles, traumatismes de guerre, traumatismes liés à la migration et aux parcours d'exil, exposition à un attentat, une catastrophe naturelle¹... ») on puisse faire correspondre une réaction pathologique homogène. Ajoutons par ailleurs que l'accueil de personnes « *exposées* à des violences ayant entraîné ou *susceptibles* d'entraîner un psychotraumatisme » permet d'autant moins d'imaginer la spécificité de ce trouble dont l'expression potentielle serait donc, mécaniquement, d'une nature plus qu'incertaine.

Peut-être existe-t-il des traits communs à ces publics aux trajectoires marquées par la violence, auquel cas la dimension de recherche clinique dont se prévaut le futur « centre de résilience » devrait permettre aux cliniciens de partager et d'enrichir leurs observations. Mais il s'agit là d'une question empirique pour les cliniciens qui ne devrait pas être résolue *a priori* par une réglementation.

Juxtaposition ou convergence des causes ?

Par ailleurs, si les deux listes présentant le périmètre des prises en charge sont présentées comme non exhaustives, les critères qui ont présidé à leur constitution ne sont pas précisés. Vont-ils *d'eux-mêmes*? Sont-ils si évidents, à défaut d'être indiscutables, qu'ils suffisent à définir les contours du projet et à enlever les bénéficiaires du périmètre

¹ Instruction DGOS/R4/2018/150 du 19 juin 2018 relative à l'appel à projets national pour l'identification de dispositifs de prise en charge globale du psychotraumatisme.

de la prise en charge « classique » de notre système de soins psychiques? Doit-on comprendre dans le choix du terme *exposition* qu'il permettrait d'accueillir, au sein de ces centres, tant les victimes que les témoins, mais aussi les auteurs des violences? La variabilité dans le recensement des publics et des situations identifiées comme traumatogènes laisse à penser qu'elle pourrait être le fruit de négociations avec différents groupes de pression, aussi bien intentionnés soient-ils, inquiets de ne pas voir évoquées les situations pour la reconnaissance desquelles ils militent.

Dans le texte de la DGOS, les situations exposant au trouble (ou à sa potentialité) sont pour le moins variées. Les catégories se recoupent ou sont partiellement formées de sous-catégories, ce qui ne participe pas à leur lisibilité. On y devine, à travers la référence multiple à la violence sexuelle, et particulièrement celle faite aux enfants, l'influence du travail de la Mission d'information sur le viol qui a rendu son rapport également cette année, ainsi que celle des plans nationaux destinés à lutter contre la violence sexiste, sexuelle², et celle faite aux enfants³. Il y est fait également référence à la migration, la guerre et l'exil, sujets politiques investis comme sujets de santé publique à la faveur d'une série d'auditions récentes des associations spécialisées dans le soin aux migrants par la DGOS.

Le texte de la DIAV, lui, ouvre ses considérants sur l'histoire qui a présidé à l'appel à projets. On reconnaît le plaidoyer de l'ancienne présidente de l'association SOS Attentats qui préconisa en premier lieu la fondation de ce centre ressources et de résilience : il y est fait référence aux victimes « d'accidents collectifs, et tout particulièrement pour les actes de terrorisme », puis viennent les victimes de violences familiales, qui semblent faire consensus et, enfin, une catégorie non mentionnée par la DGOS : les victimes d'infractions pénales (sans précisions). Les violences sexuelles, professionnelles, et les références aux maux de l'exil, abondantes dans le texte de la DGOS, ne figurent pas dans celui de la DIAV.

Sans doute est-ce en partie toujours ainsi qu'une politique publique se construit : entre la détermination la plus collective possible d'une finalité et l'arbitrage politique à la faveur de tel ou tel groupe constitué. Mais, dans le cas présent, l'intensité de la trace laissée par cette transaction appelle à une vigilance toute particulière quant aux conditions de la mise en œuvre de cette politique.

Générique versus spécifique

S'il ne s'agit ni de débattre en spécialiste des contours d'une entité clinique ni de remettre en cause la réalité de cette souffrance agrégée autour d'une notion qui semble parlante au sens commun (la blessure invisible), on peut cependant s'interroger sur certains aspects qui ne semblent pas traités par ces initiatives de la puissance publique alors même qu'ils constituent le cœur de la doctrine publique actuelle : l'articulation des nouveaux dispositifs avec les autres secteurs et leur accessibilité effective.

Quelle sera la place de ces centres au sein du système de soins existant, en particulier le cadre « généraliste » de la psychiatrie de secteur, mais aussi du système de soins

somatiques? Pourra-t-on s'autoadresser à ces centres au motif que l'on appartient aux catégories visées? Faudra-t-il que les futurs patients émettent une hypothèse préalable sur l'origine traumatique ou non de leur souffrance? Cette spécification exclura-t-elle ces patients du champ traditionnel de l'action de la psychiatrie de secteur, désormais officiellement repositionnée autour de la souffrance *non consécutive* à une exposition à la violence (ou en tout cas, celles répertoriées)? Si cette perspective paraît difficile à envisager, cette « ramification » du système de prise en charge a des précédents notables : on pense à la séparation progressive des champs de l'addictologie et de la psychiatrie, dont on estime aujourd'hui qu'ils devraient travailler davantage ensemble... La création successive de structures spécialisées par pathologie ou par public tend à contrer une autre préconisation forte des tutelles : rendre le dispositif d'aide et de soins plus lisible, de façon idéalement à ce que les personnes puissent s'y orienter elles-mêmes, en tant qu'acteurs éclairés de leur « parcours individuel ». Le champ de la santé mentale est déjà traversé dans son ensemble par ce triple mouvement, que ces nouveaux appels à projets accusent encore : une spécification toujours grandissante des modalités particulières de l'accueil de tel ou tel public ou le soin de telle ou telle pathologie, une extension constante des domaines dans lequel le soin (ici au sens strict de l'activité financée par la branche soin de la sécurité sociale) est sommé d'intervenir et une exigence toujours croissante que ces multiples microsecteurs ainsi créés travaillent de concert dans une transversalité devenue plus qu'acrobatique.

Enfin, on peut également s'interroger sur la façon dont ces dispositifs pourront répondre concrètement aux difficultés des publics qu'ils ont vocation à accueillir. S'ils ont en effet tous en commun d'avoir été « exposés à la violence », et au-delà même de la question de la subjectivité de la réponse aux chocs de la vie, ces catégories de personnes vivent des réalités quotidiennes assez différentes. On pense ici par exemple aux migrants, dont la première difficulté d'accès aux soins est la grande difficulté à obtenir les services d'un interprète, difficulté que le présent appel à projets ne traite pas. On pense également aux femmes victimes de violences conjugales qui bénéficieraient de la possibilité physique d'une décohabitation avec l'auteur des violences. Mais pendant cette même année 2018, l'accueil de ces femmes a été heurté de plein fouet par la réforme du plafonnement de la tarification des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) qui en restreint les capacités d'accompagnement.

On peut imaginer qu'en dehors de tout appel à projets, en améliorant concrètement les conditions de vie, désormais reconnues comme participant largement au rétablissement des personnes (mise à l'abri, ressources financières suffisantes...), la psychiatrie « classique », avec des crédits suffisamment abondés, pourrait accueillir « classiquement » des situations de détresse morale dont l'aspect « traumatique » ou non ne déterminera pas fondamentalement l'accueil et le soin. Ce serait peut-être alors une façon *innovante* d'inscrire le soin des blessures invisibles – décrites dans l'appel à projets comme « présentant un caractère systémique qui impose une approche de santé globale » – dans un cadre lui-même systémique, contenant les effets de clivage et de morcellement que la violence induit parfois jusque dans la conception même des politiques publiques. ▶

² Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes. *Cinquième plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes. 2017-2019.*

³ République française. *Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants. 2017-2019.*

Omar Guerrero

Psychologue clinicien et psychanalyste
Centre Primo-Levi
Paris

Soigner les effets post-traumatiques

Les professionnels de santé – ainsi que les travailleurs sociaux et ceux du champ juridique – sont de plus en plus sollicités par des personnes qui présentent des troubles liés explicitement à un traumatisme. Pour un psychanalyste, le traumatisme n’est pas un mot banal, malgré la fréquence actuelle de son utilisation.

Ce mot définissait traditionnellement ce que nos patients nous livraient comme un tournant dans leur vie, un « avant-après » qu’ils pointaient rapidement lors de l’entretien clinique. Il nous est proposé aujourd’hui comme un fait avéré, comme une situation concrète, réelle, qui ne relève plus seulement de l’intimité psychique du sujet, mais du collectif, du social. C’est-à-dire que le social, la presse et même les professionnels qui réfèrent un patient, supposent que tel ou tel événement constitue le noyau, le tournant.

Ce sont alors des traumatismes en trompe-l’œil qui « s’offrent » aux cliniciens comme des énigmes résolues : vous êtes invités à savoir ce qui a été traumatique, en oubliant souvent la singularité du sujet, négligeant ce qui *fait traumatisme* pour quelqu’un, même à partir d’un vécu partagé avec d’autres (qui l’auront éprouvé différemment).

Comment repérer – voire réparer – ce qui fait traumatisme ?

Le traumatisme concernait d’abord le médical : il définit l’ensemble des conséquences d’un trauma, ce dernier étant le choc, et plus spécifiquement la blessure, la lésion, la plaie (la racine grecque signifie même rompre, casser en morceaux, briser, meurtrir). Ce terme se réfère ainsi au corps, à l’atteinte portée au corps, ce qui est très précis. Et son traitement – médical, donc – selon que nous suivions les traditions chinoise, indienne ou occidentale par exemple, sera plus ou moins le même.

Le « traumatisme » cependant, en tant que séquelle du trauma, ne se limite pas au corps. C’est pourquoi il est difficile de cerner le traumatisme – et qu’il suscite autant de passion autour de lui. C’est-à-dire que, au-delà du corps, même si la fracture est pensée, même si la douleur est apaisée, le traumatisme psychique peut continuer à se manifester, parfois longtemps après le choc physique. Ceci nous oblige à considérer l’existence d’un choc psychique qui accompagne le choc physique, sans le recouvrir, avec une évolution indépendante et singulière d’un individu à un autre. Plus fort encore : même sans atteinte physique, une menace ou une humiliation peuvent provoquer des symptômes post-traumatiques. Ce qui nous laisse penser que, inconsciemment, la trace psychique peut « compléter » l’acte que l’on a craint par exemple – comme un ordinateur pourrait calculer la trajectoire d’un projectile –, et produire la même souffrance, à l’instar du phénomène neurologique dit du « membre fantôme ».

Ce décalage entre le physique et le psychique rend l’affaire plus complexe ; le « choc émotionnel » ne sera pas le même

selon le contexte dans lequel la blessure a eu lieu. Il est alors nécessaire de distinguer les différentes conditions de trauma pour penser ensuite à la manière la plus adaptée de traiter ses conséquences. Une blessure accidentelle n’aura pas la même valeur si elle est le fruit d’une agression, ce qui veut dire que le facteur psychique doit être considéré d’emblée. Évoquons alors quatre sources traumatiques potentielles, de celles qui peuvent bouleverser une vie, et ce qui les différencie.

- Une catastrophe naturelle nous met en relation avec une instance suprahumaine – des éléments de la nature, qui prennent volontiers les traits d’un Dieu. Cela a toujours été plus rassurant que le fait de savoir le ciel désespérément vide. En tout cas, on a affaire à plus grand que soi et l’on suppose communément à cet Autre une intention. Dès lors, son action est prise dans un système symbolique, on lui donne un sens – disons social – qui « fait histoire », une histoire collective, et qui permet de contenir la puissance du choc. C’est-à-dire que les séquelles psychiques peuvent alors être prises en compte par le social et être ainsi relativement moins importantes.
- Un accident dépendra du hasard, c’est ce qui le caractérise, et de ce fait, il concerne également un Autre, une instance supérieure que l’on ne maîtrise pas. Il peut arriver que cette coïncidence, ce malheur, cette mauvaise rencontre (celle que les Grecs appelaient *tuchê*), nous fasse croiser le chemin d’un autre, d’un semblable. Dans ce cas, pour en limiter les effets traumatiques, le droit distingue les degrés de responsabilité ou de culpabilité et établit ainsi l’existence d’une intention de nuire ou pas, puis une punition ou un dédommagement qui rétablissent – ou essaient du moins – l’ordre social.
- Les attentats terroristes mélangent ces deux registres (d’un Autre et de l’autre). Ils sont perpétrés par des humains qui prétendent incarner une conception divine ou sociale. L’attaque blesse de manière aveugle, ciblant des personnes ou des lieux censés représenter un objectif stratégique, semant terreur et incompréhension, leur intention de nuire ne laissant aucun doute. Même si, par la suite, nos institutions de gouvernance donnent sens à l’attentat – afin que cela devienne social et que s’établisse un récit qui permettrait de nommer ce qui aurait pu rester innommable, irréprésentable – l’impossible punition prolonge la souffrance post-traumatique.
- Enfin, le cas de la torture et de la violence dite « politique », qui est un cas compliqué parce qu’il présente tous les éléments pour produire, maintenir et aggraver un traumatisme physique, mais surtout psychique. Premièrement, l’événement traumatique est issu d’une rencontre – mauvaise, donc – avec un semblable qui exécute les sévices. Ces mauvais traitements ciblent l’individu pour des raisons qui le concernent intimement : son appartenance ethnique, religieuse, politique,

son orientation sexuelle, etc. Aussi, les institutions ne permettent aucune reprise sociale de l'événement, aucune punition « graduée », voire elles cautionnent une impunité.

Comment traiter ce dernier traumatisme? Comment guérir? Tous les traitements se valent-ils, pour tous les traumatismes psychiques?

Je ne rentrerai pas dans une description des différentes thérapies qui connaissent à l'occasion un effet de mode ou un engouement qui peut légitimement séduire. Je ne vais pas détailler les approches comportementales, l'hypnose, l'EMDR, le protocole du propanolol et autres électrochocs, techniques utilisées actuellement pour tous ces différents traumatismes (dont certaines font encore l'objet de recherches scientifiques). Je décrirai seulement le choix d'une thérapie dite « psychodynamique », pour traiter ce dernier type de traumatisme psychique, le choix de la psychanalyse comme référence, psychanalyse en institution, choix qui n'est pas exclusif, pas excluant et qui nous permet d'obtenir des effets thérapeutiques avérés¹.

Un patient s'adresse au psychanalyste parce qu'il est en panne : il présente un symptôme énigmatique, que l'on n'arrive pas à déchiffrer, soit parce qu'un conflit psychique l'empêche d'avancer. Or ce qui caractérise le dispositif analytique est l'invitation faite au patient de retrouver sa place de sujet responsable, de sujet qui répond de ses choix et de ses actes. Nous sommes alors en droit d'attendre d'une thérapie psychanalytique, comme effet thérapeutique, qu'elle permette à l'individu qui a été victime de torture ou de violence politique de redevenir sujet, de retrouver une place dans le social.

Les situations de violence politique ou de torture provoquent une sorte de disparition de ce sujet. Réduit par le bourreau à

une position d'objet, dépourvu de volonté, ce sujet semble aboli. Les symptômes post-traumatiques, chroniques et très résistants aux traitements médicamenteux, sont la trace de ce silence.

Au-delà de l'atteinte corporelle, le choc émotionnel et le traumatisme psychique peuvent donc s'étendre dans la durée de manière inquiétante et surtout indépendante. C'est là que la référence à la psychanalyse est intéressante en termes thérapeutiques : elle intervient précisément sur cette articulation du langage et du corps qui permet de comprendre les symptômes, d'en faire une lecture, une interprétation, de leur donner un sens.

Deux exemples cliniques pour illustrer cette articulation dont l'objectif est précisément de produire une désarticulation du post-traumatique. Le premier est le cas d'un homme tchétchène qui a subi des sévices sexuels et des humiliations dans son pays, qui consulte pour des troubles d'ordre sexuel que les explorations médicales n'expliquent pas. Le deuxième fait référence à une femme congolaise tombée enceinte après des viols subis au pays, qui évoque les scènes de violence associées à cet enfant. Déprimée, elle ne se sent pas capable de s'occuper de son bébé, de le nourrir, de lui faire une place (psychique). À côté d'elle se trouve un bébé en attente, un bébé qui scrute les yeux de sa mère pour y lire les coordonnées de la vie. Ces deux cas témoignent du décalage entre la blessure du corps et celle que j'appellerais la « cicatrice psychique », une « psycatrice » qui se présente, même longtemps après le choc, comme une plaie béante. Alors que l'effraction du corps a été traitée et, disons, guérie, la fracture psychique reste ouverte, présente.

Nous pouvons concevoir que, indépendamment de leur corps, mais en articulation avec lui, le trauma a été, pour cet homme et cette femme, de disparaître en tant que sujet ; que quelqu'un d'autre ait pu disposer de leur corps, en niant complètement leur volonté. Cette *mort du sujet* est au cœur de l'enjeu thérapeutique : accompagner le sujet pour lui permettre d'occuper sa place, de s'autoriser une parole et une action à partir de cette place. Il s'agit d'une place dans le discours social – place d'homme pour le premier, place de mère, pour la seconde – qui leur semble désormais inhabitable.

Il faut alors un travail de couture fine pour rétablir tous ces liens sociaux, c'est-à-dire tel ou tel rôle social qui donnait au sujet une place dans la société et dans le discours. Être « victime » est une non-place, c'est être en marge justement, dehors, éjecté d'un village ou d'un pays. La thérapie doit aller au-delà du traumatisme, pour que le sujet arrive à donner un sens à l'événement traumatique, qu'il puisse l'inscrire, l'écrire à sa façon.

Pour cet homme et pour cette femme, c'est l'articulation de la psychothérapie avec un accompagnement social et juridique qui a été thérapeutique. Cela peut sembler n'être qu'un détail, mais l'échange entre professionnels a permis à cet homme de régler sa situation administrative, de trouver un travail et retrouver ainsi une place sociale. Pour la femme et son bébé, l'enjeu n'était pas l'administratif, mais de s'autoriser à occuper enfin sa place de mère, autorisée par les professionnels de la protection maternelle et infantile (PMI) puis par ceux d'une crèche. Dans les deux cas, chaque professionnel a opéré dans son domaine, en validant les autres, en créant un réseau *ad hoc* qui a fonctionné comme un étrier symbolique pour que cet homme et cette femme remontent dans le train de la vie. ▶

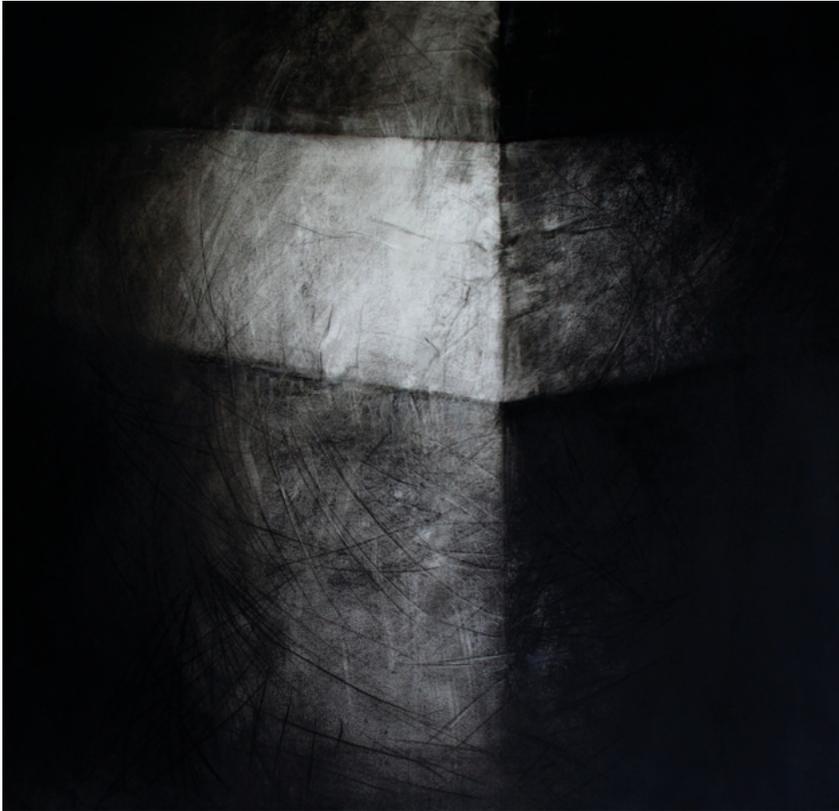


¹ Effets documentés notamment par les travaux menés au centre Primo-Levi depuis 1995.

Olivier Douville

Psychanalyste, maître de conférences en psychologie
 Laboratoire CRPMS, université Paris Diderot
 Équipe psychiatrie-précarité (EPS) de Ville-Évrard, Pôle G 18
 Neuilly-sur-Marne

La situation traumatisante des réfugiés



Lorsque l'on parle de traumatisme psychique, un modèle s'impose : celui d'un équilibre rompu par une surcharge de violence que l'on ne peut supporter. Or, celui-ci ne suffit pas. Le traumatique peut également se produire lorsque le sujet se trouve comme « jeté en dehors du monde ». Il n'est pas ici victime d'une agression, mais d'une inattention totale qui l'exclut de la part des uns et des autres.

Le traumatisme provoque de nombreuses atteintes. Nous pouvons mentionner l'angoisse, mais ce dont je voudrais plus spécifiquement traiter est ce moment de confusion mentale qui se produit dans le traumatisme, qui n'est pas de la folie, et dans lequel le sujet ne sait pas s'il est vivant ou s'il est mort.

Qu'est-ce qui peut créer un traumatisme ?

La violence est souvent ce qui provoque un traumatisme. La violence de voir sa famille, des êtres chers, des amis avec qui l'on chantait, dansait se faire tuer, que ce soit en Érythrée ou en Afghanistan. Mais ce qui fait aussi traumatisme, c'est lorsque, dans son parcours, le sujet qui cherche un refuge se retrouve seul, sans interlocuteur, sans témoin, sans personne qui puisse lui donner raison, lui donner accueil. Cette absence d'accueil amplifie le traumatisme. Ce n'est pas seulement le

fait de se sentir loin du sol natal, de son pays, mais c'est de se sentir sans répondant, sans personne à qui parler, sans personne à qui s'accrocher.

Mon travail clinique auprès des réfugiés m'a appris que ceux d'entre eux qui allaient le mieux, étaient ceux qui avaient une attitude de combat, c'est-à-dire ceux qui pouvaient se dire : « *Ce qui m'arrive est injuste, cela ne se sait pas assez. Mais je suis maintenant aux côtés de gens qui ont combattu, qui ont survécu – survivre est un combat – je suis dans une communauté.* » *A contrario*, ceux qui allaient le moins bien étaient des personnes qui se trouvaient isolées, perdues dans leur histoire, mais aussi des personnes qui avaient un rapport très particulier au langage, qui est inhérent au traumatisme. Celui-ci peut très bien s'expliquer par des conditions matérielles, mais aussi par le fait que certains n'ont pas nécessairement autour d'eux des personnes issues de la même culture ou du même village.

À cet endroit, il y a un sentiment terrible d'isolement. Ce sentiment est réel. Pour le comprendre, il suffit de se mettre à la place de ces personnes – si tant est que « se mettre à la place » soit comprendre, ce dont je ne suis pas sûr, car si on se met à la place de l'autre, l'autre n'a aucune place – et cela nous fait quelque chose. Mais, dans le traumatisme psychique, il y a autre chose : c'est ce désespoir que ressent toute personne gravement traumatisée dans les pouvoirs de sa parole. Sa parole ne sert à rien, elle ne touche personne, elle n'évoque plus rien. Cliniquement, quelqu'un qui désespère de ne pouvoir toucher l'autre par sa parole, ne serait-ce que parce que personne ne le comprend vraiment, conduit à des obnubilations, à un vécu parfois hallucinatoire. Le sujet se trouve comme envahi par sa voix à défaut d'être porté (au sens de *holding*) par celle des autres, et développe d'intenses troubles du sommeil. Lorsque quelqu'un est pris dans la violence traumatique, il se trouve en prise dans la plus haute solitude à une effraction au point de ne plus pouvoir s'articuler sur les rythmes essentiels de la vie humaine tels que le jour, la nuit, la faim, la satiété. Tous les rythmes biologiques semblent pris dans une sorte de confusion léthargique ; le vécu devient crépusculaire.

Il est fondamental de recevoir les personnes – même si au fur et à mesure du temps, et souvent avec des capacités extraordinaires, elles arrivent à parler un peu le français – en présence d'un interprète. Pourquoi est-ce fondamental ? La raison se comprend facilement : cette personne a des choses à dire, mais nous ne comprenons pas nécessairement le langage qu'elle emploie, aboli par la violence traumatique. Pour le dire très simplement, la hantise qui l'empêche de dormir, de goûter au plaisir de dormir, de se réveiller avec l'assurance d'être accueilli par un autre humain, cette hantise est que sa culture, que sa langue, disparaissent.

Quand nous rencontrons des personnes sévèrement traumatisées, nous ne sommes pas confrontés à ce que les anciens appelaient la « névrose traumatique ». Ce n'est pas d'emblée, ce n'est pas tout de suite une névrose traumatique caractérisée par l'angoisse, les cauchemars, la répétition en boucle de scènes traumatiques. Ce que nous rencontrons, c'est une sidération, une clinique de la sidération. Le sujet est sidéré, il n'arrive pas à anticiper quoi que ce soit. C'est une clinique où le sujet ne se sait plus appartenir à la communauté humaine.

Ce n'est que lorsqu'il est accueilli, par exemple dans un centre d'hébergement, ce n'est que lorsque l'on s'occupe de sa condition juridique qu'il peut développer ce qu'on appelle une « névrose traumatique ». C'est-à-dire se mettre à rêver des scènes qui l'accablent, se mettre à les rêver sous forme de cauchemars. Si se développent des cauchemars traumatiques, un grand pas a été fait dans la reconstruction psychique. Cela, évidemment, nous ne sommes pas spontanément disposés à l'entendre car nous voulons toujours faire des rêves agréables. Instinctivement, nous pensons que si nous faisons des cauchemars, c'est que cela ne va pas bien. Pour ma part, je propose quelque chose d'absolument tout autre : *le cauchemar est le début d'un souvenir dont on peut peut-être ne rien faire, mais qui apparaît déjà bordé par un début et une fin.*

Le cauchemar est la fabrication d'une angoisse dont on peut faire quelque chose. Pourquoi ? L'angoisse a une fonction de dire : « Si j'avais pu savoir quel danger me menaçait, si j'avais été angoissé au moment du choc traumatique, peut-être que je m'en serais sorti. » Le cauchemar a une fonction spécifique. D'autre part, lorsqu'on écoute ces récits, on se rend compte que le sujet se sent « appelé ». Très souvent, dans les cauchemars les sujets y reprennent leur nom ou, pour certains, leur nom de combattant. Puis ce nom, souvent, dans le cauchemar, se divise. C'est-à-dire que les sujets entendent deux fois l'énoncé de leur nom. Lorsqu'ils l'entendent la première fois, ce nom les pétrifie, ils sont comme appelés par une voix menaçante, mais immédiatement après leur nom est associé à une autre qualité de leur nom. Dans ce cas, c'est comme s'ils étaient appelés, non pas à rester figés sur place, mais à tendre vers un devenir.

Lorsque nous travaillons avec une personne traumatisée suite à des violences politiques, il ne suffit pas de l'accompagner dans l'élaboration de son désir de vivre, il faut également travailler sur la reconstruction juridique de sa personne. Une fois que le sujet psychique a été entendu dans ses difficultés, dans son évolution, dans son rapport au corps, à sa langue, à autrui, un sujet a également besoin, pour sa reconstruction, d'une légitimation politique, d'une légitimation juridique. À cet endroit, il y a un problème.

Autres points dans la prise en compte de la question traumatique

Je voudrais ajouter trois points pour faire comprendre le retentissement psychique des agressions et des oppressions.

L'identification à l'agresseur

Nous devons enrayer ce mécanisme qui consiste, pour le sujet, à penser que s'il a été mis à mal, torturé, c'est qu'il y a une raison à cela.

La question du politique

À titre personnel, je suis extrêmement touché par les personnes qui disent que ce qui leur est arrivé est de leur faute. Face à ce type de discours, nous remarquons qu'au fur et à mesure de la discussion, le récit de la personne à tendance à sonner comme un disque rayé. Il est donc difficile de comprendre cet aspect du traumatisme lorsque celui-ci est réduit à des manifestations telles que l'angoisse, la dépression ou les cauchemars. Si le sujet est convaincu que ce qu'il a subi était mérité, cette question devient alors dramatique lorsqu'elle rejoint l'opinion internationale. Dans ce sens, notre intimité est traversée par le politique et l'ensemble des discours politiques impactent notre subjectivité. Il est donc important que je puisse répondre à cette personne que ce qui lui est arrivé est inadmissible et intolérable et que cela est le reflet d'une perversion des lois de la communauté humaine. Il est donc essentiel qu'elle entende qu'elle n'a pas mérité de subir ce qui lui est arrivé, même si, selon elle, elle a pu commettre des fautes. Ce que la personne a vécu a été provoqué par un dérèglement des principes de justice et de solidarité, et deux humains peuvent être solidaires face à une situation donnée.

Sans intention de faire de l'endoctrinement politique, il est important de signaler qu'un sujet traumatisé ne peut pas se reconstruire suite à des violences politiques iniques si ce qui lui est arrivé est traité uniquement comme étant un événement qui relève d'une affaire privée. En effet, si une personne est massacrée dans le mépris des règles internationales qui définissent la dignité de la personne humaine, lui parler est une affaire intime, mais ce n'est pas une affaire privée. Dans ce cas, nous ne pouvons pas nous rendre complices d'un silence en faisant comme si nous écoutions juste une vie fantasmagique ou l'expiation de fautes imaginaires.

L'objet en attente du deuil

Très souvent, les personnes en exode que j'ai pu rencontrer se tenaient avec « un reste » du pays natal. Ce reste du pays natal peut être un objet, ou encore le chapeau d'un camarade qui a été tué. Cet objet n'est pas un objet simplement culturel, ou rituel. C'est un objet qui est là, en attente, pour que le sujet puisse faire quelque chose qui s'appelle le deuil. Pour pouvoir faire son deuil, mettre des mots sur ce qu'on a vécu et se dire « Mon frère d'armes a été tué, ma mère a été tuée, mon village a été massacré, voilà ce qui m'est arrivé », il faut pouvoir se dire : « J'ai vécu cela, maintenant, qu'est-ce que j'en fais ? » Le deuil n'est pas l'oubli, c'est la possibilité de revenir présent au présent en faisant quelque chose de ce que l'on a vécu. Beaucoup de ces réfugiés ont des objets qui attendent qu'un deuil puisse se faire. C'est aussi notre travail d'aider ces sujets à pouvoir, plus tard, ne pas être complètement immergés dans le passé, mais de garder du passé l'énergie nécessaire pour pouvoir goûter aux promesses de l'avenir.

Conclusion

Sortir des personnes de la sidération traumatique prend du temps. Mais, si nous ne bouleversons pas les priorités et si nous aidons la personne à reconstruire une dignité et une légitimité sociale et politique, si nous la rassurons sur le fait que ce qui doit indigner nous indigne, beaucoup d'espoir reste possible. ▶

Élodie Godard

Juriste
Secours catholique
Lyon

Accueillir un récit de vie

Le temps, le temps, le temps. Comment amener un demandeur d'asile à avoir confiance en moi, en un temps record, afin qu'il me livre sa vie et me laisse entrer dans ses souffrances? Malgré les années, je n'ai toujours pas trouvé la recette magique. Alors je reste moi. J'accueille la personne dans mon bureau et lui explique qu'elle va devoir me raconter ce qu'elle a vécu dans son pays.

J'ai pour habitude de commencer par le début puis de dérouler l'entretien par ordre chronologique. Ce temps que je n'ai guère me sert de fil conducteur. Le début permet à l'un et à l'autre de poser les bases. La discussion commence par des faits sans grande importance, mais qui permettent de « planter le décor ». Pour le demandeur d'asile, c'est comme un « échauffement » ; pour moi, cela me permet de prendre ma place.

Au fil du récit, je serai la personne qui écoute, qui interroge, qui torture à nouveau, qui malmène, qui traduit, qui contredit, qui ne comprend pas, qui est sceptique, qui encourage, qui rassure, qui met en scène, qui transmet... Mais avant tout cela, il faut que j'aie une place, une légitimité. Ce n'est finalement pas difficile à faire puisque le demandeur d'asile comprend que je suis là pour lui, que pour obtenir une protection, il lui faut répondre à des critères, des conditions et qu'il n'a pas d'autre moyen que de parler, de *me* parler.

Mais il arrivera le moment où nous ferons une pause dans le récit de vie. Parce que parler devient difficile. Comment mettre des mots alors que ce qu'a vécu le demandeur d'asile est précisément innommable, incompréhensible, au-delà de l'entendable ?

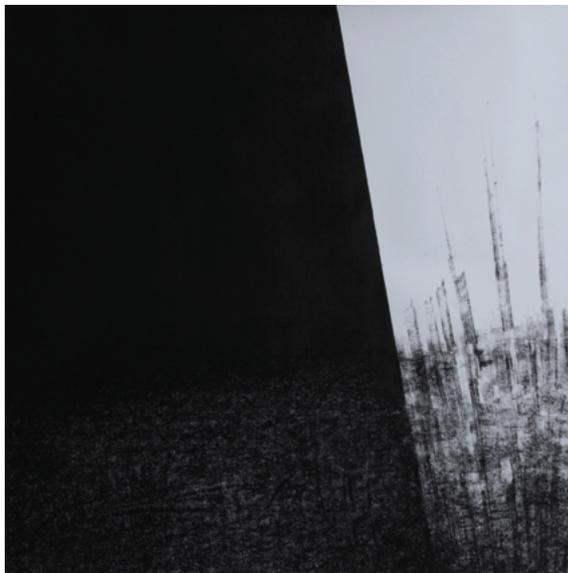
Alors on fait une pause. On se remet, ici et maintenant, dans mon bureau, qui est un lieu sécurisé. Je tends un mouchoir, propose de

sortir pour aller boire un café ou fumer une cigarette, je tends la main, j'aide à respirer. C'est peut-être là que tout se joue, c'est là que le lien de confiance se fait. Quand nous redémarrons le travail, nous savons l'un et l'autre que le moment à venir va être désagréable, mais le demandeur d'asile sait qu'il n'est plus tout seul et moi je sais que je vais traverser un moment qui ne sera pas facile à vivre. Mais c'est aussi cela mon travail. Obtenir cette matière que je mettrai en forme, qui me servira pour bâtir ce récit pouvant amener à une protection et un futur sans risque de retour dans le pays d'origine. Je suis incapable de regarder des documentaires à la télévision qui traitent de la migration, mais je suis capable de rester quelque temps en face d'une personne qui va me décrire précisément comment elle a été torturée, comment elle a été détenue durant des mois dans une prison, comment elle est devenue durant un temps l'objet d'un autre et l'ombre d'elle-même. La seule différence entre ces deux situations, c'est que devant la télévision, je ne peux rien faire avec ce que les personnages disent, mais dans mon bureau, je peux en faire quelque chose. Utiliser le mal pour permettre à quelqu'un de s'en sortir cette fois-ci.

Pour amener à cela, il faut savoir poser les questions. Je me rappelle une question, lorsque, pour la première fois en tant que stagiaire j'observais comment écrire un récit de vie. La jeune femme kosovare racontait une situation où elle avait été enfermée dans une pièce avec un homme qui avait déjà tué son mari. La fin était probable, mais cette femme était devant moi, donc... la question qui me venait aux lèvres était : « Pourquoi n'êtes-vous pas morte ? » J'ai gardé la question pour moi. La jeune femme a pris un temps de pause et a continué à raconter.

Le silence a son rôle à jouer, j'ai appris aussi à lui laisser une place. Il permet de reprendre pied, d'aller à son rythme, de trouver le courage pour verbaliser ce que souvent le demandeur d'asile n'a jamais raconté à quelqu'un d'autre. L'événement douloureux reprend sa place dans l'histoire, même si l'émotion est immense pour le demandeur d'asile. L'événement ne prend que sa place, parce qu'après il y a le rebondissement, la fuite et un début de projection ailleurs. Je me souviens justement d'un entretien où le demandeur d'asile, après plusieurs rendez-vous pour la construction de son récit de vie, a d'un coup retrouvé la mémoire sur des événements douloureux qu'il avait jusqu'à présent occultés. Au-delà de la souffrance éprouvée à se remémorer ces mauvais souvenirs, il y avait aussi de la joie à retrouver une partie de lui-même, à retrouver possession de quelque chose.

Une fois que le récit est terminé, le demandeur d'asile se sent souvent mal et vidé. Alors, comme j'ai été le témoin en différé de ce qu'il a vécu, je suis « légitime » à lui dire qu'il a été fort et courageux, qu'il a réussi à être ici et maintenant et que c'est lui qui a dépassé tout cela. L'ensemble fait partie de lui et à défaut d'oublier – ce qui reviendrait à oublier une partie de lui-même –, il faut apprendre à vivre avec et laisser à ces événements passés une place dans sa mémoire, mais qu'une petite place. ▶



Sophie DevaloisÉducatrice spécialisée en centre d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada)
Lyon

La demande d'asile : un accompagnement qui ne laisse pas indemne

Travailler avec des personnes qui ont subi de multiples traumatismes n'est pas sans effet sur ceux qui les accompagnent. En tant qu'éducatrice spécialisée en centre d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada), j'accompagne les personnes en demande d'asile au sein d'une équipe sur le plan social et juridique.

Quand j'ai commencé le suivi juridique, j'ai assisté à un entretien avec une collègue juriste qui réalisait un récit de demande d'asile avec une femme qui avait été incarcérée, violée et torturée. Avec l'accord de Madame, je me suis assise à côté d'elle. Ma collègue posait les questions concernant cette incarcération sans trop entrer dans les détails, mais lui expliquait le genre de questions qui pourraient lui être posées à l'Office¹. Quand la personne a commencé à parler de ce qu'elle avait vécu, j'ai senti une émotion très forte. J'avais envie de pleurer et de vomir. Après l'entretien, j'ai demandé à ma collègue comment elle faisait pour entendre ces choses sans s'effondrer. Elle m'a expliqué qu'elle n'avait pas de recette...

En cherchant une situation où la question du traumatisme était présente, je me suis rendu compte que j'avais du mal à me rappeler les situations. J'ai fait appel à ma collègue Émilie² dont voici la réponse : « *J'essaie de me remémorer une situation et je m'aperçois que toutes ces histoires je ne les ai pas retenues. Madame Amad m'a raconté son viol, Monsieur Behrami son incarcération ou arrestation, c'est comme si tout était effacé. C'est un moyen de protection. On est obligé de s'en débarrasser sinon on ne peut pas. On ne serait même plus à notre poste.* »

Ce n'est pas une, mais des situations, des visages, des rencontres qui sont encore présentes. Je me souviens d'un entretien où j'avais aidé un monsieur tchétchène à réaliser son recours pour la Cour nationale du droit d'asile (CNDA)³. Il m'avait parlé en détail de son enlèvement, des tortures qu'il avait subies pendant plus d'une année. Quand cet homme est sorti de mon bureau, j'ai regardé par la fenêtre et j'ai ressenti une peur panique. Comme si tout pouvait m'arriver sans que je sois protégée. Comme si je pouvais, moi aussi, être enlevée, violée et torturée.

Je peux également citer Monsieur Matadi, un jeune homme venu de République démocratique du Congo. Je le suivais sur le plan social. Cet homme était enfant de la rue. Sa petite sœur était décédée dans ses bras. Je me souviens d'un entretien en particulier. Monsieur Matadi se sentait très mal et avait exprimé à plusieurs reprises des idées suicidaires. Sans connaître les détails de son histoire, je savais qu'il avait vécu des choses d'une grande violence dans son pays. Dès le début de l'entretien, il était très calme et parlait peu. Il me regardait de façon très intense, droit dans les yeux, sans dire un mot. Soudainement, j'ai eu peur. Peur de la violence que

j'ai ressentie à ce moment. J'ai comblé les silences comme je pouvais. Monsieur Matadi ne bougeait pas et me fixait pendant de longues minutes. Je me rappelle très bien de cette peur envahissante et très forte qui m'a tétanisée. J'en ai parlé avec le psychologue qui le suivait. Celui-ci m'a expliqué que l'effroi que j'avais ressenti était simplement celui de cet homme. Nous l'avions partagé. Le meilleur moyen de l'aider était de ne pas avoir peur de lui car je ne risquais rien.

Comme nous l'explique Pierre Duterte : « L'histoire traumatique des personnes réfugiées confronte les professionnels à des souffrances vécues intenses, mais aussi aux logiques terrifiantes de certaines volontés de puissance. Le caractère inouï, totalitaire, pervers de ces entreprises de destruction a souvent un effet de sidération sur l'intervenant qui peut le priver de ses réflexes professionnels. Pour cette raison, il est nécessaire de prendre conscience et connaissance de ces logiques. Certes pas pour "s'endurcir", mais plutôt pour éviter un dommageable déplacement de l'effroi vers les intervenants⁴... »

Je me souviens de ce monsieur syrien venu en France, il y a plusieurs années. Selon mon collègue qui le suivait en juridique, il avait un dossier solide, mais il a pourtant été débouté de sa demande d'asile. Ce monsieur que j'accompagnais sur le plan social venait me voir toutes les semaines. Quand il a appris son rejet, il a ouvertement parlé de ses idées suicidaires. Il restait dans mon bureau très longtemps et avait du mal à en partir. Il errait dans les couloirs. Nous nous sommes fortement inquiétés pour lui. Nous savions que la sortie du Cada était synonyme d'une non-prise en charge concernant l'hébergement⁵. Nous avions vraiment peur qu'il passe à l'acte. Je rentrais chez moi et cette inquiétude perdurait. Monsieur est retourné à la rue sans solution et nous n'avons plus jamais eu de nouvelles.

Comme pour les infirmières, nous pouvons parler de « traumatisme vicariant » chez les intervenants sociaux : « Même l'infirmière expérimentée peut souffrir d'un traumatisme vicariant ou d'une fatigue de compassion entre autres par l'empathie, une composante de la relation d'aide. Lorsque la souffrance de l'autre est grande et récurrente, les émotions suscitées par cette souffrance peuvent progressivement provoquer un traumatisme vicariant (par imitation et observation) ou une fatigue de compassion⁶... »

Cet accompagnement nécessite une prise en charge pluridisciplinaire pour les personnes et une analyse de la pratique contenante pour les équipes. À ces violences s'ajoute souvent une grande précarité quand les personnes sont déboutées de leur demande d'asile et se retrouvent sans hébergement et sans ressource. Les travailleurs sociaux se retrouvent alors devant des situations paradoxales où l'absurde prend toute la place : accompagner vers quoi ? ▶

¹ L'Office désigne ici l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) en charge de la reconnaissance de la qualité de réfugié, d'apatride et de la protection subsidiaire.

² Les prénoms et noms qui apparaissent dans cet article ont été anonymisés.

³ La Cour nationale du droit d'asile (CNDA) est une juridiction administrative spécialisée, compétente pour examiner les recours formés contre les décisions de l'Ofpra en matière de demande d'asile.

⁴ Parcours d'exil. (2009). *Victimes de traumatismes : Clefs pour l'accompagnement professionnel* (2^e édition).

⁵ C'est le cas aujourd'hui, de façon quasi systématique, pour les personnes déboutées.

⁶ Lebel, G. (2015). *Traumatisme vicariant ou fatigue de compassion. Méfiez-vous ! Santé mentale*, 1(2). Repéré à : <http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol12no2/14-sante-mentale.pdf>

Roman PétrouchinePédopsychiatre
Orspere-Samdarra
Lyon**Julia Maury de Feraudy**Psychologue
Orspere-Samdarra
Lyon**Halima Zeroug-Vial**Psychiatre
Directrice de l'Orspere-Samdarra
Lyon

« Il faut du psy! ». Psychologues et psychiatres face aux migrants précaires

Cet article est un essai cherchant à définir les souffrances dont on parle chez le migrant précaire¹. Il prétend également réfléchir aux modalités d'exercice d'un soin psychique ajusté aux particularités de la souffrance des populations migrantes.

Sans nier la fréquence, la complexité et la gravité du phénomène psychotraumatique dans ces populations (ni la fréquence des phénomènes de résilience), nous avons à cœur de mettre en évidence trois apories dans ce qui serait l'assimilation de la souffrance des migrants à l'état de stress post-traumatique (ESPT) entendu au sens strict, tel que le définit le *DSM-V*².

Première aporie

La perception de la causalité unissant l'événement et le phénomène psychotraumatique est pensée ici sur un mode déterministe strict. L'élément étiologique est un événement traumatogène réel, extérieur à la personne. Il n'est plus question d'un « trouble de personnalité » préalable ou d'une vulnérabilité préexistante, pouvant donner sa couleur clinique particulière à l'ESPT. Or, chez le migrant précaire, une expérience traumatique risque de réactualiser l'expérience traumatique précédente. Le terme de « trauma complexe » paraît en ce sens plus adapté.

Deuxième aporie

Dans le *DSM-V* se retrouve l'idée selon laquelle cet événement traumatisant, unique ou éventuellement cumulatif, est intense, catastrophique, ne figurant pas dans la gamme des expériences humaines habituelles. C'est notamment à cet endroit que l'ESPT se différencierait du trouble de l'adaptation. Or la ligne de fracture entre un événement à l'origine d'un « trouble de l'adaptation » ou d'un « ESPT » ne nous paraît pas toujours claire en pratique clinique. Il nous semble en ce sens souvent difficile et peu pertinent de différencier un événement traumatique d'un événement précarisant. Les formes multiples de précarité (diverses en qualité et en intensité) dans lesquelles le migrant précaire vit peuvent participer de la pérennisation, de la réactualisation voire de la création de sa souffrance.

Troisième aporie

Dans la description de l'ESPT, le clinicien, dans son positionnement, est pensé comme clairement extérieur à l'événement traumatisant, dont il ne participerait d'aucune façon. Son mode d'intervention est clairement extérieur aux modalités d'apparition ou de pérennisation du phénomène psychotraumatique. Or, face au migrant, le clinicien n'est pas extérieur à l'événement stressant, il en est le témoin :

demandeurs d'asile non hébergés, non régularisés, sans droit social. Une forme d'interventionnisme social est toujours possible : gîte, couvert, rédaction d'un certificat médical... 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.

« Il faut du psy ! » : cette affirmation est principalement portée par les intervenants sociaux travaillant dans le champ de l'asile. Cet « appel au psy » peut être entendu comme celui d'un recours face à la précarisation des dispositifs d'hébergement et la saturation des dispositifs de droit commun (hôpital, notamment) qui placent les travailleurs du social dans des cadres professionnels de plus en plus fragiles. S'ajoute à cela la mission d'écoute et d'accueil de ces histoires de vie chaotiques, de ces récits sordides, qui n'est pas sans effet pour l'intervenant pas toujours armé pour les recevoir. Le travailleur social se retrouve confronté dans sa pratique à des situations impossibles à vivre et à résoudre. Le désengagement de la puissance publique concernant le devenir des personnes migrantes fait peser un vécu de lourde responsabilité sur les professionnels du champ de l'asile, engagés souvent personnellement dans ces accompagnements. Ceci générant souffrance, épuisement, et se traduisant notamment par un turn-over important dans les équipes de travailleurs sociaux. Ces facteurs cumulés alimentent un climat d'urgence, conséquence d'une insécurisation généralisée des publics et des professionnels qui les accompagnent.

« Il faut du psy ! » : cette affirmation force un concernement des psychologues et des psychiatres eux-mêmes, qui ne va pas de soi. Ceux-ci se trouvent en conséquence embarrassés et questionnés dans leur pratique. Certains affirment l'idée suivante : pour les migrants précaires, « il ne faut pas de psy ! » Pour ces psychologues et ces psychiatres, il est difficile de penser un soin psychique dans des conditions de violence sociale, sans hébergement, sans une sécurisation matérielle de base. La réalité prend toute la place, envahit la pratique du psychologue et du psychiatre. Dans cette perspective, la pratique « psy » leur paraît déspécifiée, voire disqualifiée face au travail social. Ils soulignent que la tyrannie de l'urgence et l'interventionnisme humanitaire ne seraient pas compatibles avec un soin psychique caractérisé par une temporalité lente et un espace d'intervention limité à celui du cabinet de consultation. Ainsi, face à une population pour laquelle les soins primaires ne sont pas garantis, la logique de l'urgence et de l'interventionnisme social prend le pas sur une certaine forme d'activité de pensée et de copensée, qui correspondrait notamment ce que les psychistes pourraient amener d'un peu différencié par rapport au travail social.

Certains vont plus loin encore. Ne pas recevoir de patients migrants est pour eux une posture éthique et existentielle forte

¹ D'après Nicolas Chambon, parler de « migrant précaire » est une manière de sortir des catégorisations administratives peu pertinentes pour le clinicien puisque, le plus souvent, les problématiques de santé mentale ne se résolvent pas avec l'obtention du statut de réfugié et une manière également d'inscrire la réflexion dans l'héritage des travaux de l'Orspere, notamment autour de la clinique psychosociale. La précarité sociale, l'expérience de la procédure, de l'attente, de la migration vont être entendues comme des facteurs pouvant entraîner une souffrance psychique et psychosociale. Dans cette optique, l'exil, les effets des procédures administratives, les différences culturelles impactent la santé mentale de ce public mais ne le définissent pas *a priori*. Voir : Chambon, N. (2017). *Solidarisations. Enquête sur les migrants en situation irrégulière et leurs soutiens* (Thèse de doctorat, sous la dir. de Michel Peroni, Ecole doctorale Sciences sociales, Lyon).

² American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-V. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

et revendiquée. Il s'agit de refuser de psychologiser et de psychiatriser des situations politico-économiques complexes. Il s'agit de refuser de porter par procuration ce que les pouvoirs publics ne voudraient pas porter. Refuser de cautionner le leurre de la possibilité d'un soin psychique pour les migrants précaires, illusion qui arrangerait bien les pouvoirs publics.

À l'encontre d'un certain *a priori* qui laisserait penser qu'il existe, chez ce public, une réticence insurmontable à l'idée d'une prise en charge psychologique ou psychiatrique, celui-ci serait plus souvent demandeur d'un « soin psy » qu'on ne le pense généralement. Cependant, la demande de prise en charge telle qu'elle est formulée ou mise en acte par ce public n'a pas grand-chose à voir directement avec un « soin du psychotraumatisme ». Il ne nous apparaît pas si fréquent que les migrants réclament directement et explicitement un soin qui ferait que les symptômes psychotraumatisés (reviviscences traumatiques, symptômes dissociatifs...) disparaissent. Ce n'est pas toujours autour d'une demande de réduction de ces symptômes psychotraumatisés que se problématise, pour le migrant précaire, le sens d'une prise en charge en santé mentale. Nous posons l'hypothèse que ce qui se problématise en premier lieu serait plutôt la question même de la « demande », et plus précisément la demande d'un lien social.

Les histoires de ces sujets sont marquées par la violence, la perte, la rupture des liens. À ces parcours chaotiques vient s'ajouter la précarité sociale vécue dans le pays d'accueil qui réactualise sans cesse la question de la rupture. Ils vivent au risque constant de se retrouver sans « attaches », désarrimés, déshumanisés. Cet appel au psy pourrait ainsi être entendu comme un appel à la relation humaine, à l'être secourable, le *Nebenmensch* (le prochain, l'être humain proche³); celui qui permet au sujet en détresse (*Hilflosigkeit*), plongé dans la « désaide », de s'inscrire dans une communauté humaine. Il s'agirait d'une demande d'être reconnu et inscrit dans un lien face à la *collision traumatique*, au trop-plein de réalité déshumanisante et destructurante qui laisse un sujet désarrimé de ses attaches symboliques et signifiantes, sans filtre face à un excès de réalité, sans transitionnalité⁴.

Ainsi, la clinique du migrant précaire n'est pas forcément assimilable à celle de la non-demande. Le migrant n'est pas celui qui ne demande plus rien. Bien au contraire, il est celui

qui n'a pas renoncé. Il lutte, dans sa recherche de lien et d'aide, contre l'expérience de la déshumanisation et de la désaffiliation — expérience associée à celle du psychotraumatisme, à un refus de la précarité de son lien social. Son corps n'est pas un corps anesthésié, désarrimé, réduit au biologique. Au contraire, il s'agit d'un corps qui parle, désire, souffre, appelle; d'un corps qui dit « non » à la misère économique, aux violences politiques, qui cherche à survivre et à vivre. Contrairement au précaire⁵, qui renonce activement au lien social et ne cesse de se rendre invisible socialement, le migrant est quelqu'un qu'on voit, dont on parle. Dans sa quête d'existence et de reconnaissance, il réhumaniserait notre propre lien social.

Pour beaucoup de soignants, ce qui soigne et peut prévenir la décompensation, c'est le lien, appréhendé en-dehors de toute forme de supposée spécificité « psy » : le groupe, la famille, les proches, les pairs, les travailleurs sociaux. Dans les structures d'hébergement, les professionnels repèrent très vite ceux qui s'en sortent le mieux : il s'agit de ceux qui sont le moins isolés socialement. Un infirmier d'équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) témoigne : « Lorsque les bénévoles viennent les chercher dans les foyers pour une partie de foot, qu'ils les inscrivent dans une équipe, qu'ils se fédèrent entre eux dans le cadre d'un sport ou autre, ils se sentent en fait inscrits quelque part. C'est ça qui soigne. »

La conception psychanalytique du traumatisme telle que la défend Sándor Ferenczi nous intéresse tout particulièrement. Pour cet auteur, le vécu traumatique y résulte en effet moins de l'événement dans lequel il s'enracine, que d'une absence de réponse de l'environnement face à une situation de détresse. Sándor Ferenczi décrit ainsi une modalité du traumatisme qui met en cause l'objet extérieur en position d'altérité qui a failli dans sa mission de protection, et dénonce à cet endroit l'« hypocrisie professionnelle » du psy et son manque d'authenticité. La conception du traumatisme concerne ici tout autant les réponses qui ont fait défaut que celles qui ont été données de manière inappropriée. Selon lui, le trauma s'inscrit donc au regard d'une protection qui n'a pas pu avoir lieu, et s'apparente, comme le souligne Thierry Bokanowski, à une « expérience négativante du fait des « carences » de l'objet primaire liées à une série de non-réponses de celui-ci face aux besoins affectifs du sujet⁶ ».

En conclusion, penser un soin psychique pour le public migrant précaire nécessiterait, avant toute chose, de s'assurer que la personne est bien en demande de lien social et, si ce n'est pas suffisamment le cas, de recréer, dans l'espace artificiel de la consultation, un univers hospitalier dans un monde inhospitalier. Il s'agirait également de nourrir cette demande de lien en cherchant à l'élargir en dehors de l'espace même de la consultation, en déployant le maillage social.

Ce qui apparaît de manière très nette dans la prise en charge de ces publics, c'est la nécessité d'un travail en réseau, c'est l'idée que « tout seul, c'est impossible », il y a besoin de l'aide d'un autre. Ces prises en charge réintroduisent la figure du prochain, que Pascale Baligand, s'appuyant sur l'œuvre de Sigmund Freud, décrit comme « celui avec qui il devient possible de faire société. Différent du lien à un semblable⁷, le lien avec le *Nebenmensch* est un lien qui vient questionner les fondements de l'appartenance à l'humanité et du droit à une vie libre en un lieu socialement reconnu et symboliquement organisé que cette appartenance suppose⁸. » ▶

³ Freud, S. (1895). *L'Esquisse d'une psychologie scientifique* (traduit par J. Laplanche). Toulouse : Érès.

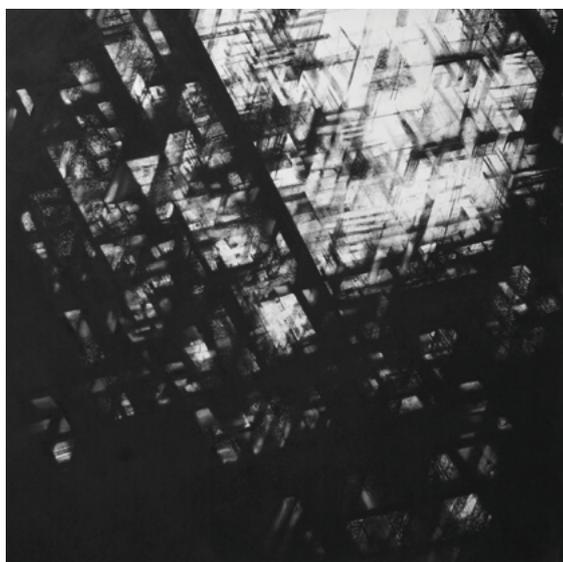
⁴ Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et Réalité. L'espace potentiel*. Paris : Gallimard.

⁵ Colin, V. et Furtos, J. (2005). La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine. Dans M. Joubert et C. Louzoun. *Répondre à la souffrance sociale*. Toulouse : Érès.

⁶ Bokanowski, T. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, 68(3), 745-757.

⁷ Lacan, J. (1986). *Le Séminaire : livre VII. L'éthique de la psychanalyse (1959-1960)*. Paris : Seuil.

⁸ Baligand, P. (2013). La demande d'asile : l'attente du lieu d'un lien social?. *Topique*, 7(122), 64.



Maximilien ZimmermannPsychologue clinicien (spécialisé en psychothérapie)¹Spécialiste santé mentale & soutien psychosocial chez Humanité & Inclusion²

Consultant pour le programme « Migrants » de Médecins Sans Frontières Belgique

Consultant pour la Croix-Rouge de Belgique (soutien psychosocial au staff)

Bruxelles, Belgique

Repenser les conséquences et la prise en charge psychologiques des traumatismes dans des contextes fragiles

Les crises humanitaires, telles que les situations de conflits armés ou les catastrophes naturelles, ont indéniablement des conséquences psychologiques ou émotionnelles sur les personnes. En français, le trauma signifie à la fois l'expérience objective d'un ou d'incident(s) critique(s) potentiellement traumatisant(s) et l'expérience subjective de l'effroi provoqué par ce ou ces même(s) événement(s). Ce double emploi a sans doute contribué au raccourci trop souvent fait entre *traumatisme* et *trauma*.

On parle en effet souvent de « populations traumatisées », comme si le mot *trauma* avait le pouvoir quasi magique d'attirer l'attention de la communauté humanitaire, des diplomates, des donateurs et des journalistes, le risque étant de le (sur)utiliser pour accentuer et renforcer une souffrance humaine. Si celle-ci est bien réelle, elle ne peut se réduire à la seule notion de « traumatisme psychologique » au détriment d'autres problématiques, notamment sociales (on ne peut nier les déterminants sociaux de la santé mentale), ou en passant à côté des manifestations psychologiques qui ne cadrent pas toujours avec celles décrites dans les manuels diagnostiques internationaux. En Palestine, où j'ai travaillé pendant plusieurs années, il n'est pas rare que le trauma s'exprime par les maux du corps – une façon légitime de gérer des émotions extrêmement douloureuses en lien avec la situation politique. On en arrive aussi à oublier que les personnes qui vivent dans des contextes fragiles et qui font face à l'adversité de manière soudaine et/ou continue peuvent développer des mécanismes de résilience. Méfions-nous donc des dérives qui consistent à penser de manière trop linéaire que les guerres, les catastrophes naturelles, les crises engendrent des traumatismes chez tous les individus.

Le concept de « traumatisme », ses théories et ses pratiques sont cependant utiles et peuvent bien entendu nous aider à comprendre et accompagner les personnes en souffrance. Ils ne sont cependant qu'une proposition parmi d'autres et ne sont pas prêts à l'emploi, *par n'importe qui et n'importe où*, comme on le constate parfois. En effet, une prolifération d'acteurs pseudo-humanitaires insuffisamment formés débarquent parfois suite à des crises majeures pour « soigner les populations traumatisées », sans nécessairement comprendre ni évaluer les enjeux et l'impact d'une telle démarche. Force est de constater que ce sont souvent ces mêmes populations qui, par leurs ressources, leur montrent le chemin vers la résilience.

Ceci étant dit, les crises humanitaires sont des opportunités pour non seulement soutenir les individus qui y font face sur le

court terme, en les écoutant, en accueillant leurs émotions et en les reliant à leurs ressources de soutien naturel, mais aussi collaborer, sur le long terme, avec les gouvernements pour les aider à développer ou renforcer des politiques de santé mentale inclusives et des services proches de la communauté, et pour les aider à lutter contre la stigmatisation liée aux problèmes de santé mentale. Dans la plupart des pays dans lesquels nous travaillons, il n'y a pas ou peu de politiques de santé mentale, il n'y a pas ou peu de structures pour accueillir les personnes en souffrance (quand elles existent, elles sont trop souvent en capitale et ne sont donc pas accessibles à la majorité) et pas de professionnels suffisamment formés. Au Sud-Soudan, par exemple, il n'y a qu'un psychiatre pour tout le pays. Il nous faut ainsi être très prudents lorsque nous intervenons en urgence dans ces contextes, car nous identifions des problématiques et des besoins que le pays n'a pas la capacité de prendre en charge. D'où l'importance d'un travail non seulement en urgence, mais également sur le moyen et le long terme au niveau des gouvernements (élaborer et/ou renforcer des stratégies et des lois en matière de santé mentale), des services (favoriser l'accès au soin et la qualité de ces soins) et des communautés. Le travail *avec* la communauté et *par* la communauté, en s'appuyant sur des ressources locales et en les renforçant, semble en effet une option à privilégier. Pour ne citer qu'un exemple, au Rwanda, suite aux conséquences du génocide, Humanité & Inclusion a travaillé avec la communauté, dans son projet « réunir les solitudes³ », en identifiant et en formant des « relais communautaires », personnes de confiance, qui ont mis en place des groupes de partage et d'accompagnement. Ces groupes ont permis de verbaliser des problématiques et de réactiver le tissu social pour apporter des solutions. Dans de nombreux cas, il est apparu indispensable, pour reconstruire une estime communautaire, de pouvoir répondre à des besoins de base qui n'étaient pas satisfaits. Il a donc été décidé de mettre en place, des « activités régénératrices de revenus » dans le cadre du projet de santé mentale. Un des groupes a, par exemple, créé un collectif où chacun investit 50 francs rwandais par mois.

En conclusion, les contextes fragiles dans lesquels nous travaillons nous amènent nécessairement à sans cesse repenser les interventions humanitaires, qui viennent également nourrir la réflexion sur la prise en charge du traumatisme dans notre propre culture. Reconnaître la tendance grandissante à la standardisation du savoir et des pratiques psychologiques autour du trauma, tout en tenant compte de la spécificité des besoins de l'être humain dans sa culture, guide certainement notre chemin⁴. ▶

¹ <http://www.maximilienzimmermann.org>

² Il s'agit du nouveau nom de Handicap International.

³ Un film a été réalisé par Handicap International et l'Agence française de développement pour présenter ce projet : <http://www.youtube.com/watch?v=9qw2PRWf3Y0>

⁴ Cette réflexion n'engage que son auteur et ne reflète pas la vision des organisations humanitaires pour lesquelles l'auteur apporte sa collaboration.

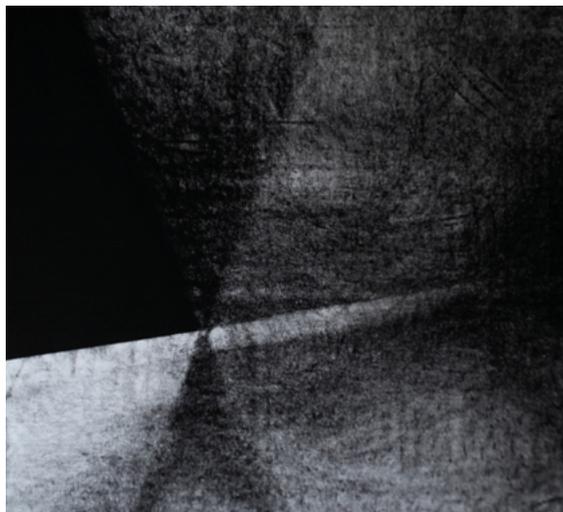
Traumatisme et résilience

Rhizome : *Comment qualifieriez-vous le traumatisme ?*

Boris Cyrulnik : À la base, ce terme renvoie à une métaphore inspirée du monde chirurgical. Freud, comme de nombreux psychologues et psychiatres, s'est basé sur ce constat pour en faire une métaphore psychologique. « Un événement peut effracter le Moi », disait Freud; que ce soit une déchirure ouverte ou une déchirure fermée. Or cette métaphore a été combattue pendant très longtemps, y compris par des médecins; pendant la guerre de 1914-1918, notamment, ils refusaient en effet de croire que des soldats rentraient traumatisés du front et pensaient qu'ils simulaient une souffrance pour ne pas aller se battre contre les Allemands. C'était donc les ennemis de l'intérieur. La réponse thérapeutique adaptée à cette représentation culturelle était ce qu'ils appelaient « le torpillage » : elle consistait à envoyer des chocs sur le dos ou sur la cuisse du traître, du lâche, pour le forcer à repartir au combat. Quand j'étais externe à Paris, dans les années 1960, j'ai encore vu des chefs de service qui torpillaient des « faux paralysés ».

Rhizome : *Aujourd'hui il y a consensus sur le fait que des événements peuvent blesser une personne, et donc appeler une réponse d'ordre thérapeutique. Avez-vous été témoin de cette évolution ?*

Boris Cyrulnik : Je fais partie d'une époque où il nous a été demandé, en tant que praticien, de choisir notre camp entre la psychanalyse ou la pharmacie. Ce choix n'était pas théorique, mais idéologique, c'est-à-dire que ceux qui choisissaient le divan détestaient la pharmacie, et inversement. Je crois que ce mode de raisonnement en savoir fragmenté nous permet d'acquérir un diplôme, mais, en tant que praticiens, nous avons besoin d'avoir un savoir intégré, et non fragmenté. Je pense que quand le savoir est cloisonné, nous arrivons toujours à cette posture presque idéologique, voire totalitaire. En ce sens, toute théorie qui se prétend totalement explicative est une théorie totalitaire. Le mot *résilience* a provoqué un virage épistémologique parce qu'avant cette



époque, nous étions beaucoup trop déterministes. Tout au long de mes études, j'ai appris les théories de l'hérédodégénérescence portées par Bénédicte Augustin Morel, qui ont été la source des théories nazies. Cela nous était enseigné à la faculté. Aujourd'hui, nous nous rendons compte, surtout avec les découvertes de l'épigénèse, que ces théories étaient à la source d'une réduction incroyable et qu'elles avaient un potentiel criminel. Cette évolution a été le résultat d'un véritable combat scientifique et idéologique. Les neurosciences permettent actuellement de voir que cette métaphore correspond à un mécanisme. Une émotion trop forte bouleverse, altère le fonctionnement cérébral. Les neurosciences confirment tout à fait la métaphore psychologique.

Rhizome : *Comment caractériser aujourd'hui « socialement » ce que peut être un événement traumatique ?*

Boris Cyrulnik : La définition actuelle parle de l'imminence de la mort. Je pense que ce n'est pas une bonne explication, puisque le mot *mort* prend beaucoup de temps pour devenir « adulte » chez le sujet. C'est effectivement quand un enfant est âgé de 7 ou 8 ans que sa maturation cérébrale permet les connexions synaptiques, c'est-à-dire que le lobe frontal, qui permet l'anticipation, se connecte au système limbique, qui permet la mémoire et l'émotion. La représentation de la mort devient alors possible et « adulte » lorsque le sujet atteint la capacité neurologique de donner un sens aux choses et d'avoir une représentation du temps. Nous constatons qu'il existe effectivement une inégalité dans la manière où les traumatismes sont vécus, à partir du moment où ils surviennent, selon le développement, les histoires et le contexte culturel de chacun. Les déterminants font que certains parmi nous vont par exemple être traumatisés par la mort de leur chat alors que d'autres vont traverser des événements incroyables sans être traumatisés. À partir de ce constat, il me semble difficile d'établir une causalité linéaire ou des barèmes d'évaluation du traumatisme.

Rhizome : *Il serait donc vain de recourir à une échelle de traumatisme ?*

Boris Cyrulnik : Sur le plan théorique, pour comprendre l'évaluation clinique, je crois qu'il faut distinguer les facteurs de protection et les facteurs de résilience. Les facteurs de protection, que certains appellent *ressources*, sont assimilés dans notre mémoire biologique au cours de notre développement, notamment au cours de nos interactions précoces. Cela fait référence aux trois derniers mois de la grossesse et jusqu'à l'apparition de la parole, on va dire jusqu'au vingtième mois. Pendant les interactions dites « précoces », il y a un bouillonnement synaptique. À cette période, tout événement est forcément désorganisateur, donc on peut dire traumatisant. Tout au long de cette période critique et sensible du développement de l'enfant, celui-ci peut être facilement traumatisé. Néanmoins, l'événement traumatique peut être facilement récupéré grâce au bouillonnement synaptique qui se produit.

Les facteurs de protection sont acquis très précocement grâce à la stabilité affective de la niche sensorielle, et ce, avant l'apparition de la parole. Lorsqu'un enfant possède une niche sensorielle stable, fiable, il aura confiance en lui. Par exemple, si l'enfant est confronté à l'absence de sa mère, il ne sera pas traumatisé car il aura confiance en lui et il aura donc la capacité de la remplacer en créant, par exemple, un dessin en attendant qu'elle revienne, qu'il lui donnera à son retour. L'enfant va donc inventer un dessin qui représentera un symbole, donc sa mère et son effet sécurisant. Je paraphrase ici Winnicott. Dans cet exemple, le sujet a acquis un facteur de protection à partir d'un petit facteur de créativité, parce que la stabilité affective a imprégné une confiance en soi dans sa mémoire biologique. Il y a des enfants qui acquièrent des facteurs de protection plus rapidement que d'autres. Il existe peut-être un déterminant génétique, même si l'épigénèse montre actuellement que ces déterminants, même génétiques, ne sont pas inexorables. D'abord acquis précocement, les facteurs de protection le sont ensuite par l'aptitude à la parole. Lorsqu'un enfant parle, dessine bien, il saura énoncer et expliquer ce qui ne va pas en cas de difficulté. Il pourra donc provoquer, chercher en lui-même la base de sécurité pour déclencher à ce coup-ci un facteur de résilience.

La définition de la résilience fait référence à la reprise d'un nouveau développement après un fracas traumatique. Cette définition est très simple et logique. La difficulté réside dans le fait de découvrir les facteurs de résilience. Nous sommes donc obligés de cesser de raisonner en termes dualistes et de causalité linéaire, comme nous l'avons appris à l'Université et avec la culture cartésienne. Nous devons nous entraîner ici à raisonner en termes systémiques. Nous parlerons donc d'un sujet blessé. Celui-ci doit nécessairement être blessé par définition, suite à un trauma physique, verbal ou social – tels que la guerre ou la précarité sociale –, pour que nous puissions parler de résilience. Une représentation verbale, telle que l'affirmation « Tu vas mourir », peut provoquer une modification du système cérébral. Toutefois, si nous laissons le sujet seul sans que celui-ci puisse élaborer son trauma, ou le travailler affectivement, psychologiquement, verbalement et socialement, alors nous le laissons prisonnier de son trauma, qui sera de plus être amené à évoluer. Nous l'inscrivons ainsi sur le tapis roulant du syndrome psychotraumatique. Si, à l'opposé, nous sécurisons la personne et nous l'aidons à faire un travail de représentation verbale après l'avoir sécurisée, nous ne modifions certes pas le trauma, mais nous en transformons sa représentation. Donc, la personne blessée reçoit le décès d'un proche, son expulsion, sa maladie, mais elle n'est pas prisonnière du passé, puisqu'elle peut modifier la connotation affective du trauma.

« Ce qui est essentiel, c'est que les personnes aient le choix de parler comme de se taire, de serrer les dents et de ne pas parler de ça. Si nous forçons une personne à parler, le risque est que cela rajoute une source verbale au traumatisme et, par conséquent, participe à l'aggraver »

Rhizome : *Quels vont être les facteurs essentiels de résilience ?*

Boris Cyrulnik : Dans l'ordre d'apparition nécessaire, nous retrouvons le soutien, puis le sens. Le soutien fait que



nous devons d'abord sécuriser un blessé préverbalement. À ce sujet, la prise en charge des événements traumatiques, tels que des attentats ou des catastrophes naturelles, s'est beaucoup développée. De ce fait, il y aura de plus en plus de psychotraumatismes, mais nous saurons mieux déclencher un processus de résilience.

Cependant, il a pu m'arriver d'être scandalisé, voire choqué en tant que praticien par le comportement de certains psychologues ou thérapeutes, aux formations variées, lors de ces événements. En effet, certains passaient parmi les blessés en disant : « Il faut parler tout de suite parce que sinon, vous allez transmettre le trauma et à la troisième génération, ça fera un psychotique. » Je trouve cela un peu absurde et criminel. En effet, certaines personnes traumatisées éprouvent le besoin de parler tout de suite, mais n'éprouvent pas forcément le besoin de parler de leur trauma. Elles éprouvent toutefois le besoin de parler, dans le sens où la parole a une fonction bien plus affective qu'informative. À titre d'exemple, parler à un bébé, c'est bien le sécuriser. Le premier temps est donc constitué par le soutien préverbal, soit le fait de proposer un café, de la présence et de tendre un carnet d'adresses en précisant : « Pour l'instant vous ne pouvez pas parler, vous serrez les dents parce que vous êtes traumatisé. Un jour vous aurez besoin de parler. Voilà un carnet d'adresses, choisissez. » Dans ces situations, si les personnes veulent parler d'un match de foot, c'est important d'en parler. Ce qui est essentiel, c'est que les personnes aient le choix de parler comme de se taire, de serrer les dents et de ne pas parler de ça. Si nous forçons une personne à parler, le risque est que cela participe à rajouter une source verbale au traumatisme et, par conséquent, à l'aggraver. Parler ce n'est donc pas réciter le traumatisme. Il s'agit d'élaborer, soit d'ajouter une autre source verbale à la mémoire suite à la source verbale du trauma. ▀

Vicky Vanborre

Psychiatre
Hôpital de la Conception
Marseille

Les ressources relationnelles, un moteur de vie

Lorsqu'un événement est traumatisant pour un individu, ce dernier traverse une expérience singulière de rupture dans la continuité de son existence. Il se retrouve figé au temps du trauma. Ce « corps étranger interne » prend beaucoup de place dans son espace psychique et son appartenance à la communauté des êtres vivants est menacée.

Les manifestations du traumatisme prennent la forme d'un trouble de l'existence chez l'individu qui voit ses rapports à soi, aux autres et au monde modifiés, bouleversés. Les troubles post-traumatiques traduisent la difficulté pour la personne de métamorphoser cette expérience traumatique qui reste un non-sens, une réalité brute chargée émotionnellement. Le sujet peut se trouver alors en difficulté pour s'extraire seul de cette situation de crise psychique entre désorganisation et réorganisation.

Au fil de nos rencontres avec des personnes psychotraumatisées, dans le cadre de travaux de recueil de témoignages auprès des victimes des attentats du 13 novembre 2015 à Paris¹, nous avons constaté que si la personne est traumatisée, elle ne l'est pas de façon inéluctable. Cette dynamique de reconstruction est explorée par le concept de « résilience² » et constitue un message d'espoir important pour ces individus.

Comment dépasser l'expérience traumatique ?

Quand nous observons les conditions qui permettent à un individu de reprendre un développement après avoir été confronté à une expérience traumatique, il est important d'envisager l'être humain dans ses rapports non seulement à soi, mais aussi aux autres et au monde, dans une approche intégrative. Il est également nécessaire de prendre en compte le rôle de l'environnement social et affectif de la personne, ainsi que le contexte sociétal dans le devenir psychique de cette expérience traumatique.

« Le travail de reconstruction après un trauma est certes individuel, mais il doit passer par le relationnel, comme base de sécurité et de partage »

Au fil de notre travail avec des individus psychotraumatisés, nous avons été frappés par l'importance de l'étayage relationnel pour pouvoir traverser cette expérience. Nous comprenons pourquoi le soutien social est reconnu comme un véritable facteur protecteur face au développement des

troubles post-traumatiques³. Le travail de reconstruction après un trauma est certes individuel, mais il doit passer par le relationnel comme base de sécurité et de partage.

La résilience est envisagée comme un processus multifactoriel engageant tous les sujets qui vont être en relation avec la personne bouleversée. Chacun joue un rôle non substituable et il est important de travailler ensemble et de penser l'accompagnement des personnes psychotraumatisées de façon individuelle et collective. Dans cette idée, l'attention portée aux blessés psychiques devrait dépendre de la responsabilité de chacun.

Mais comment les ressources relationnelles peuvent-elles jouer un rôle de catalyseur essentiel permettant à l'individu affecté de prendre le chemin de la résilience, du rétablissement, de la reconstruction après avoir éprouvé les bouleversements profonds que l'expérience traumatique a provoqués chez lui ?

Comment les relations humaines peuvent-elles devenir un moteur de résilience ?

La périphérie affective

La périphérie affective est définie par Patrick Clervoy comme : « un maillage de l'ensemble des relations sociales de la victime. Elle est constituée par sa famille, ses relations amicales et professionnelles proches. Ce maillage fonctionne comme un tissu de relations, à la fois souple, élastique et résistant⁴ ». La capacité de soutien de cette périphérie affective se traduit par la solidarité qui peut se mettre en place autour de la personne bouleversée.

C'est grâce à cette périphérie affective que le sujet va pouvoir se sécuriser, trouver du réconfort et se restaurer sur le plan narcissique. Cette solidarité est un puissant facteur d'aide aux personnes psychotraumatisées. L'autre pourra aider la personne fragilisée à mobiliser ses ressources individuelles, ses capacités et ses soutiens.

La réhumanisation de l'individu psychotraumatisé

Nous envisageons l'être humain comme un être de relation par essence, et l'expérience traumatique, comme une situation critique qui menace ou détruit l'activité de liaison tant au niveau individuel – sous forme de déliaison psychique – qu'au niveau intersubjectif – sous forme de menace de rupture des liens sociaux. Nous considérons alors que les relations

¹ Vanborre, V. (2016). *De la mort en face au retour dans la vie : penser l'accompagnement des personnes ayant subi une expérience traumatique. Étude qualitative prospective à propos de l'expérience vécue par 11 individus directement exposés aux attentats du 13 novembre 2015 à Paris* (Thèse de doctorat en médecine, sous la dir. d'Aurélien Tinland, Aix-Marseille Université).

² Anaut, M. (2015). *Psychologie de la résilience*. Paris : Armand Colin.

³ Qi, W., Gevonden, M. et Shalev, A. (2016). Prevention of post-traumatic stress disorder after trauma: Current evidence and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 18(2), 20.

⁴ Clervoy, P. et Lemoine, P. (2016). *Traumatismes et blessures psychiques*. Paris : Lavoisier.

intersubjectives sont indispensables au retour dans la vie du sujet « chosifié » par le traumatisme, et que c'est par la restauration des liens interpersonnels que celui-ci retrouvera sa place au sein de la communauté des êtres vivants en étant repositionné comme être parlant et pensant. C'est dans la relation avec les autres êtres vivants que l'humanité de la personne va pouvoir être restaurée ou maintenue.

Comment la périphérie affective devient-elle soutenante ?

Le fait de disposer *a priori* d'un entourage bienveillant et soutenant ne semble pas suffisant pour permettre la reconstruction du sujet. En effet, si les liens humains sont nécessaires, c'est la *qualité* des relations interpersonnelles qui sera porteuse de germes de résilience. Ce n'est pas tant le nombre, mais *l'intensité* des relations qui compte pour la personne psychotraumatisée.

La personne étayante est *présente*, c'est-à-dire disponible le moment voulu, de façon constante, à l'écoute de l'autre, tout en faisant preuve de tact et de *patience*. Elle sera à côté, pas loin et suffisamment près afin qu'aussitôt que cette personne ressentira un désarroi, elle puisse trouver une présence qui la rassure. Il est important de tendre la main à la personne psychotraumatisée et de le faire de façon répétée dans le temps, afin de lutter contre le sentiment d'isolement et d'abandon qu'elle peut ressentir d'autant qu'elle peut être en difficulté pour prendre l'initiative d'aller vers l'autre et élaborer une demande d'aide.

Une personne soutenante offre des attitudes relationnelles positives et *flexibles*. Elle ne porte pas de jugement envers l'individu en souffrance, acceptant la personne comme elle se présente. Elle l'aide à sortir du silence qui règne sur la souffrance psychique engendrée par le traumatisme, offrant un espace de parole libre, tout en laissant au sujet psychotraumatisé la liberté de parler ou de se taire. La personne qui soutient saura faire preuve de délicatesse dans les échanges. Elle accompagne l'individu blessé avec modestie, mais ne se décourage pas face aux obstacles. La personne étayante se montre *bienveillante* et ouverte à accueillir l'autre tel qu'il est devant elle, ici et maintenant dans un échange empathique, compréhensif et plein d'affection.

Cette description de la personne soutenante présente la notion de « tuteur de résilience⁵ ». Cette figure facilite la reprise d'un nouveau développement chez la personne psychotraumatisée. Le « tuteur de résilience » peut-être toute personne qui va apporter aide, affection et estime à la personne blessée. Il agit spontanément avec son cœur et étaye le chemin de la reconstruction de soi en aidant la personne blessée à mobiliser ses ressources. Il lui montre qu'il croit en elle, ce qui lui permet à son tour de reprendre confiance en elle, tout en l'aidant à retrouver progressivement son autonomie.

Accompagner le sujet psychotraumatisé, c'est reconnaître la gravité de ce que la personne a vécu et l'aider à mobiliser ses ressources.

De quelles formes de soutien les personnes ont-elles besoin ?

Nicole Rasclé *et al.*⁶ proposent quatre types principaux de soutien.

Les auteurs distinguent ainsi :

- le *soutien émotionnel* apporte un sentiment de protection, de réassurance et d'amour dans les situations difficiles ;
- le *soutien d'estime* consiste à réassurer la personne à propos de ses compétences et de sa valeur ;
- le *soutien matériel et financier* implique une assistance directe comme un service matériel rendu qui soulage la personne, qu'elle soit demandeuse ou non ;
- le *soutien informatif* comprend les conseils dispensés par l'entourage.

Restauration de la parole

Lors du trauma, la personne expérimente la disparition de l'adresse de la parole qui accompagne la coupure d'avec la communauté humaine. Comment la victime peut-elle accéder aux représentations de l'expérience traumatique si elle n'est plus intimement assurée qu'un autre peut les entendre, les recevoir et y donner de l'importance ?

La parole est essentielle pour restaurer l'humanité de l'individu. Adresser un discours à l'autre, c'est revenir dans la communauté des êtres vivants. L'altérité permet de reconnaître cet autre dans sa valeur, dans la singularité des épreuves qu'il a endurées et permet de réinscrire à sa juste place tout survivant dans une humanité partagée. On ne peut parler que lorsqu'on a un lieu sûr où livrer cette parole.

Coconstruction d'un récit

Pour donner un sens à cette expérience du néant, il faut qu'il y ait un autre. En effet, pour nous engager dans le mouvement par lequel nous construisons des représentations de ce qui nous arrive, nous avons besoin d'être soutenus par un tiers.

La personne soutenante supportera de faire face à la souffrance et à la vulnérabilité de l'individu affecté pour lui permettre de se dégager de l'emprise du traumatisme. Celui qui étaye va devenir transitoirement la matrice psychique, le décrypteur de sens de celui qui blessé, ne pense plus. C'est dans la relation avec l'autre que la personne psychotraumatisée va pouvoir se remettre à penser. Ce travail de mentalisation passe nécessairement par une activité associative qui devra être fortement sollicitée chez le blessé, l'autre s'engageant de manière active et soutenante pour permettre le développement de ce processus de coconstruction du sens.

Ce travail de mentalisation aide à traduire les excitations liées au traumatisme en représentations communicables, en mettant des mots sur les éprouvés, les images et les émois ressentis, en leur conférant un sens. Ce processus permet à la personne de se saisir de son vécu en lui attribuant une signification, pour soi et pour les autres, communicable sous forme narrative.

La mise en récit est le point de départ d'une élaboration personnelle qui permet l'intégration de l'expérience hors du commun dans la trajectoire de vie du sujet. ▶

⁵ Cyrulnik, B. (2004). *Les vilains petits canards*. Paris : Odile Jacob.

⁶ Rasclé, N., Bruchon-Schweitzer, M. et Dantzer, R. (1994). *Le soutien social dans la relation stress-maladie. Introduction à la psychologie de la santé* (p.125-149). Paris : PUF.

Pénélope Laurent-Noye/Les Frontalières

Cocréatrice de l'antenne lyonnaise du Réseau français sur l'entente de voix (2015-2017)

Porteuse du projet Sensorialités multiples/REV à Aubenas (2018-2019)

Traumatismes et psychoses en questions

▶ Les Frontalières

Mon « identité de naissance » est Pénélope Laurent-Noye, *Les Frontalières*¹ est mon « identité de travail ». J'ai 30 ans. Depuis l'enfance, je m'étonne au quotidien d'un certain type de perceptions sensorielles avec lesquelles je vis et que je choisis de nommer à présent « émergences auditives visuelles ». Je suis danseuse improvisatrice, facilitatrice de groupes de parole et animatrice des ateliers en arts de l'attention au sein de la compagnie Radix/Les Frontalières² et du projet Sensorialités multiples³. À la fin de l'automne 2015, quelques semaines après avoir participé à une formation animée par Will Hall⁴ à Paris, organisée par l'association REV France⁵ et intitulée « Nouvelles perspectives dans la psychose », je me suis engagée dans la création de l'antenne lyonnaise du Réseau sur l'entente de voix pendant l'hiver 2015-16 aux côtés d'Alix, Milène, Vanessa, Anne-Sophie, Jérémy. Depuis 2016, je me forme régulièrement aux techniques de l'introspection descriptive en assistant aux stages de Pierre Vermersch et de membres du Groupe de recherche sur l'explicitation (Grex⁶). Je suis titulaire du certificat d'université à la pleine conscience (*mindfulness*) du Pôle de formation continue de la faculté de médecine de l'Université libre de Bruxelles (Belgique) depuis 2018.

1 Les Frontalières fait référence à un terme employé par François Roustang, dans l'ouvrage *Savoir attendre. Pour que la vie change* (2006) : « Nombreuses sont les personnes aujourd'hui, que l'on catalogue comme "états limites" et qu'il vaudrait mieux nommer "frontalières", qui ont avec la réalité un rapport incertain. Elles s'étonnent et s'inquiètent d'être envahies de sensations ou de perceptions qu'elles ne peuvent pas dire et partager avec d'autres sous peine d'être taxées de folie ou d'aliénation. Si elles sont au contraire entendues comme porteuses d'un don ignoré de la plupart, don qui peut rendre leurs relations aux autres plus avisées et aux choses mieux adaptées, elles peuvent s'apaiser et avoir moins peur de leur différence. » C'est avec cette identité de travail (Les Frontalières) que j'explore de manière concrète dans mes pratiques quotidiennes la notion d'« agentivité », notion et pratiques qui me permettent de m'autodéterminer dans la relation à ce que je vis.

2 <https://radixcie.weebly.com>

3 <https://sensmu.weebly.com>

4 Will Hall est diagnostiqué schizophrène dans les années 1990. Il débute alors un parcours d'hospitalisation (sous contrainte), puis d'engagement pour la défense des droits des patients en psychiatrie. Écrivain, thérapeute et enseignant, Will Hall soutient l'approche du rétablissement en santé mentale. Pour en savoir plus : <http://nipdw.com/will-hall-usa/>, <https://power2u.org/will-halls-recovery-story/> et <http://willhall.net>

Rhizome : Pouvez-vous présenter le groupe *Sensorialités multiples* ?

Les Frontalières : En ouverture de mon engagement dans la coconstruction de la dynamique du Réseau sur l'entente de voix (REV) Lyon, j'ai éprouvé le besoin de participer à élargir le champ des possibles pour se rencontrer et s'auto-informer sur nos « perceptions sensorielles subtiles » (je préfère ce terme à celui de « perceptions atypiques », qui impliquerait que je sois en train de m'exprimer depuis un point de vue neurotypique, ce qui n'est pas le cas). J'ai formulé le propos du projet Sensorialités multiples lorsque je participais encore aux actions du réseau lyonnais en 2017, mais en 2018, Sensorialités multiples est devenu une entité totalement distincte de l'antenne lyonnaise du REV, son centre de gravité est situé en Ardèche, sur le secteur d'Aubenas.

Sensorialités multiples n'est pas un groupe, mais un espace de partage d'expériences qui peuvent prendre différentes formes. Le groupe d'autosupport (ou groupe de pairs) tel que proposé dans le contexte du Réseau sur l'entente de voix est une de ces formes possibles. Le groupe d'autosupport est un outil destiné aux personnes concernées et leurs proches, qui nous permet de nous auto-informer sur ce que nous vivons, dans un cadre non thérapeutique. Je découvre depuis 2016 que ce n'est pas le seul outil d'auto-information possible. Il existe d'autres « outils » conçus pour s'auto informer sur notre vécu subjectif. On retrouve cette idée d'auto-information autant dans les groupes d'autosupport que dans la pratique de la présence attentive et dans l'introspection descriptive⁷. Et sûrement dans encore nombre d'autres approches dont je n'ai pas connaissance.

Ces outils m'ont aidé à faire évoluer mon chemin de vie en apprenant à accueillir et à donner du sens à mes expériences, plutôt qu'en les pathologisant (ou en me référant uniquement à des grilles d'interprétation préétablies pour expliquer ce que je vis).

L'intention du projet Sensorialités multiples est de partager avec d'autres personnes concernées et leurs proches des espaces qui mobilisent ces outils que j'ai sélectionnés dans mon cheminement parce qu'ils me semblent porteurs d'un même état d'esprit. La formule magique qui pourrait résumer cet état d'esprit est : « AI AO AR ». Soit : s'auto-informer, à l'échelle individuelle (AI) ; s'autoorganiser (AO) et s'autoréguler (AR), à l'échelle collective.

R : La plupart des personnes qui rejoignent le groupe se considèrent-elles comme traumatisées ?

Les Frontalières : Je peux difficilement répondre de manière générale à cette question, et en incluant d'autres personnes dont les expériences de vie et la manière de comprendre et de nommer ces expériences peuvent être très différentes les un.e.s des autres. Je n'ai pas le souvenir que ces termes ont été employés pour parler des expériences vécues par les un.e.s et les autres au sein du groupe lyonnais dans les premiers temps. Quand nous avons cocréé le groupe d'entendeurs de voix (groupe EV) à Lyon, en janvier 2016, la dimension des abus (physiques, psychologiques) a pu être abordée, mais nous ne désignons pas nos vécus en termes d'« expériences traumatiques ».

À la lumière de mon expérience ces dernières années et des témoignages que j'ai été amenée à recevoir de la part d'autres membres du réseau, il me semble qu'il faut un certain recul, soit un début de guérison en cours, pour être en mesure de poser le mot *traumatisme* sur une dimension qui génère autant de souffrance et de confusion dans la vie d'une personne. Cela demande un rigoureux travail sur soi pour arriver à faire un pas de côté et voir cette souffrance, puis pour cesser de s'y identifier complètement et accéder de nouveau à un potentiel d'action dans/sur sa propre vie. J'emploie le terme de « guérison » ici en ce qui concerne la prise en charge et guérison possible de certains traumatismes psychologiques⁸ et non pas la guérison de tous les vécus intérieurs tels que l'entente de voix, les visions, etc. En ce qui me concerne, j'ai appris, en le vivant, que je ne cesse pas totalement d'avoir ce genre d'expériences sensorielles subtiles, qui sont constitutives de ce que je suis, lorsque je me guéris de la dimension traumatique de mon vécu (par la prise de conscience et un travail sur soi approprié). Ce qui n'est pas constitutif de ce que je suis, c'est la souffrance et le caractère totalement incontrôlable des mémoires traumatiques avant qu'elles ne soient prises en charge de façon adaptée.



5 Le Réseau français sur l'entente de voix (REV France) s'inscrit dans le Mouvement international sur l'entente de voix, représenté par une vingtaine de réseaux dans le monde. Voir : <http://revfrance.org/> et <http://intervoiceline.org/>

6 <http://www.grex2.com>

7 Voir les travaux de Pierre Vermersch (CNRS/Grex) : <http://www.entretienavecpierrve.fr/> et <https://cnrs.academia.edu/PierreVermersch>

8 Voir notamment : Levine, P. A. (2016). *Trauma et mémoire. Un guide pratique pour comprendre et travailler sur le souvenir traumatique*. Paris : Interéditions ; Levine, P. A. (2014). *Guérir par-delà les mots. Comment le corps dissipe le traumatisme et restaure le bien-être*. Paris : Interéditions.

9 J'établis ce lien selon la compréhension actuelle que je me suis faite de ces émergences sensorielles en les inspectant de l'intérieur lorsqu'elles émergent dans le champ perceptif, puis en comparant mes observations intérieures avec ce que je lis et apprends, sur le sujet de la mémoire implicite.

10 Voir notamment : Misdrahi, D. (2016). *Expériences traumatiques et état de stress post-traumatique dans la schizophrénie*. *L'Encéphale*, 42(S3), 7-12.

11 <http://www.matthieuricard.org/blog/posts/>

« Le vécu traumatique est rarement écrit sur le visage de la personne en recherche d'assistance psychologique. Ce qui ne fait aucun doute, c'est que cette personne qui est conduite de gré ou de force vers des services de soins en santé mentale, est en souffrance, pour une raison ou une autre »

Le travail introspectif m'a appris à différencier deux types d'émergences sensorielles. Celles qui viennent avec une charge émotionnelle intense, épuisante, souvent effrayante et sur laquelle je n'ai aucune prise. Ces émergences ne semblent proposer aucune possibilité de négociation interne. Ce sont celles que je relie aux mémoires traumatiques⁹. Les autres émergences sensorielles avec lesquelles je vis et qui sont accompagnées d'émotions, comme l'étonnement et la joie par exemple, colorent ma relation au monde sans l'altérer dangereusement, c'est-à-dire sans générer ni souffrance, ni repli sur soi ou sentiments d'isolement et de détresse.

R : *Que conseillerez-vous aux intervenants sociaux et en santé quand ils sont face à des personnes qui a priori ont des vécus traumatiques ?*

Les Frontalières : D'abord, j'ai envie de vous demander, en même temps qu'aux intervenants sociaux et en santé :

Comment savez-vous que vous êtes en face d'une personne qui « a priori a un vécu traumatique » ? Et quand vous savez que vous êtes face à une personne qui a un tel vécu, comment vous y prenez-vous pour entrer en relation avec cette personne-là, à ce moment-là ? Il y a de nombreux exemples de personnes dont l'état de dissociation lié au traumatisme est tel qu'on peut, si on est peu informé sur le sujet, avoir le sentiment que cette personne est en train d'inventer ce qu'elle relate tellement l'écart est grand entre la brutalité du scénario décrit et l'absence d'implication émotionnelle apparente. Le vécu traumatique est rarement écrit sur le visage de la personne en recherche d'assistance psychologique. Ce qui ne fait aucun doute, c'est que cette personne qui est conduite de gré ou de force vers des services de soins en santé mentale est en souffrance, pour une raison ou une autre¹⁰.

J'ai envie de dire aux intervenants sociaux ou en santé : si vous avez le sentiment d'être sûrs de savoir parfaitement ce que vous êtes en train de faire, avec vos actes et vos mots, à la personne en face de vous, sans avoir pris le temps de vérifier comment cette personne, en face de vous, reçoit cela, c'est certainement le bon moment pour ralentir. Marquez une pause. Prenez le temps d'examiner ce qu'il se passe à l'intérieur de vous avant d'agir : vos pensées, vos sensations, vos émotions sont de bons indices pour évaluer la teneur de la relation à l'autre et pour rester ancré en soi-même dans la situation.

En résumé, ce que je suis en train de suggérer aux intervenants sociaux et en santé chez lesquels l'idée résonne, c'est de réellement se donner les moyens (sans forcément attendre que ces moyens soient fournis par le cadre institutionnel dans lequel ils évoluent) d'apprendre à cultiver de la compassion envers eux-mêmes, dans les interactions avec les usagers des services de soin en santé mentale.

Des qualités d'honnêteté, de bienveillance, de compassion envers soi-même d'abord, me semblent tellement importantes pour pouvoir accueillir la présence d'une autre personne en souffrance. Et de la compassion pour l'autre personne, bien entendu, dans sa souffrance actuelle. Je n'utilise pas le terme « compassion » dans le sens de « pitié » ou d'« empathie ».

Matthieu Ricard donnait en 2009 un éclairage important sur la différence entre les notions d'empathie et de compassion, distinction qui peut faire une réelle différence, il me semble, dans les pratiques des intervenants sociaux et en santé : « Il nous a aussi semblé que même s'il peut y avoir de la "fatigue de l'empathie", il ne saurait y avoir de la "fatigue de la compassion", sachant que la compassion est par essence une disposition d'esprit équilibrée et positive, tandis que l'empathie n'est que le moyen permettant de percevoir sans erreur la disposition d'esprit des autres. Plus on cultive la compassion et l'amour de la bonté, plus on progresse sur la voie du bien-être authentique, et on devient pleinement disponible pour autrui¹¹. » ▶

Élise Bourgeois-Guérin

Psychologue
Chercheuse postdoctorale
Centre de recherche Sherpa
Montréal, Québec

Mathieu Brami

Psychologue
Équipe clinique polarisation
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Montréal, Québec

Cécile Rousseau

Professeure titulaire
Division de psychiatrie sociale et culturelle,
Université McGill
Directrice scientifique,
Centre de recherche Sherpa
Montréal, Québec

Penser la haine après le trauma

Les croisements entre trauma et violence sont souvent pensés sous l'angle de la violence subie, le premier s'inscrivant dans le sillage de la seconde. Les effets de la violence se traduisent alors en symptômes, mais aussi en agir, dans des cycles de répétition traumatique où la personne traumatisée peut se remettre dans des situations de risque. Qu'ils empruntent le vocabulaire de la psychanalyse ou celui d'approches biomédicales, de nombreux écrits en psychologie mettent ainsi de l'avant le caractère destructurant de la violence traumatique.

Si le trauma psychique s'inscrit souvent comme conséquence naturelle de la violence, la façon dont, à l'inverse, la personne traumatisée peut devenir l'agresseur et remettre en scène le trauma en inversant les rôles est beaucoup moins explorée. L'héritage du discours victimaire pèse ici lourd sur les conceptions. Centré sur une figure de la victime « pacifiée-passifiée¹ », ce discours tend à reléguer la violence du seul côté de l'agresseur.

La violence que porte la victime et la constellation d'affects (colère, rage, haine, sentiment de révolte, par exemple) qui y sont liés sont ramenés au rang de symptômes par les approches phénoménologiques dominantes. Parmi les critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique (ESPT), le *DSM-V* évoque par exemple l'irritation, les crises de colère, l'agression physique ou verbale. La question de la légitimité de la colère des victimes est ainsi évacuée et sa portion potentiellement vitalisante, occultée². En pathologisant de la sorte la violence de la victime de traumatisme, cette vision la dépossède d'une part de son pouvoir³.

« Il y aurait alors lieu d'envisager le recours à la violence comme une stratégie de survie face au trauma »

La psychanalyse a pourtant longuement étudié la porosité des frontières entre la figure de la victime et du bourreau – notamment par le biais de son concept d'« identification à l'agresseur⁴ » –, et éclairé les multiples fonctions de la violence dans ses déclinaisons fondatrices comme destructrices⁵. C'est en prenant cette lecture complexe de la violence pour toile de fond que nous interrogerons son lien au trauma. Plus précisément, nous réfléchirons à la fonction de la violence chez la victime de trauma : dans quelle mesure et dans quelles conditions peut-elle signer une tentative de restauration de l'équilibre psychique ? Il y aurait alors lieu

d'envisager le recours à la violence comme une stratégie de survie face au trauma. Comment, dès lors, articuler le travail clinique autour de cette solution d'appoint à la fois imparfaite et coûteuse tant sur le plan psychique que social ?

Une entame de réflexion sur ces questions sera maintenant proposée à partir de la vignette clinique d'un jeune référé à nos services pour radicalisation violente, que nous appellerons Karim. La complexité des rapports entre trauma et violence que traduisent ses aménagements psychiques sera d'abord mise en lumière. Nous discuterons dans un second temps des avenues empruntées sur le plan de l'intervention.

Vignette de K.

Suite à une évaluation pédopsychiatrique à l'urgence d'un hôpital de Montréal, Karim, 18 ans, est référé à notre équipe spécialisée dans les problématiques de radicalisation violente. Une altercation très violente avec son père l'a mené à l'hôpital. Karim a reçu des coups répétés pour lesquels il a dû être hospitalisé. Lors de son séjour à l'hôpital, il tient des propos haineux à l'égard de son père et des musulmans en général. Le risque de passage à l'acte violent est important, ce qui justifie la référence rapide en psychothérapie.

L'histoire de Karim est marquée par la violence. En plus de celle, physique, que son père lui a fait subir de façon répétée, Karim a été exposé à la violence conjugale, le couple parental étant également connu des services de soins pour cette raison. À l'école, il a été la cible des moqueries en raison de son apparence et son accent. Il a vécu de nombreuses altercations avec les autres élèves qui l'ont également battu.

Articulation du travail clinique

Bien que la violence s'illustre de plusieurs façons dans le parcours de Karim, elle culmine dans l'épisode ayant précipité son hospitalisation. Dès le début de son suivi en psychothérapie individuelle, il revient sur cet événement. Sa violence verbale est omniprésente, comme le sont ses désirs de vengeance à l'encontre de son père et des musulmans. Les cibles de sa haine sont indistinctes, tour à tour individuelles ou collectives. Fait non négligeable, Karim est lui-même originaire d'un pays musulman d'Afrique du Nord et sa famille est très pratiquante. Il ne se considère en rien musulman et se dit en rejet total de ses origines socioculturelles. Les altercations verbales avec ses parents sont en lien direct avec ces questions.

¹ Marange, V. (2001). *Éthique et violence. Critique de la vie pacifiée*. Paris : L'Harmattan.

² Rousseau, C. et Measham, T. (2007). Post-traumatic suffering as a source of transformation: A clinical perspective. Dans L. Kirmayer, R. Lemelson et M. Barad (dir.), *Understanding trauma. Integrating biological, clinical and cultural perspectives* (p. 275-293). New York, États-Unis : Cambridge University Press.

³ Tel que l'écrit McKinney : « As a result, an ideology may crystallize that casts clients as innocent victims, paradoxically denying a sense of their full moral and psychological agency rather than restoring it. » Dans McKinney, K. (2008). "Breaking the conspiracy of Silence": Testimony, traumatic memory and psychotherapy with survivors of political violence. *Ethos*, 37(3), 267.

⁴ Ferenczi, S. (1932). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. *Psychanalyse IV* (Œuvres complètes, t. IV). Paris : Payot.

⁵ Freud, S. (1915). *Pulsions et destin des pulsions*. Paris : Payot.

Sa colère est d'autant plus grande qu'il affirme avoir perdu, suite à ses blessures, sa capacité de concentration et des capacités cognitives très importantes qui faisaient auparavant de lui un être hors du commun. Les explorations médicales, nombreuses, n'ont pas confirmé la réalité de pertes cognitives conséquentes. Pour autant, Karim affirme encore aujourd'hui qu'il souffre des effets des coups reçus, ce qui nourrit chez lui une violence qui, dans un premier temps, semble indépassable. Il se montre en effet très attaché à sa haine et le travail clinique permet d'éclairer la fonction potentiellement protectrice de cette dernière. Il semble qu'elle prémunisse Karim contre une désorganisation plus grande, liée à la portée destructrice du dernier épisode de violence que son père lui a fait subir.

6 Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris : Payot.

7 Roussillon, R. (2001). Jalons et repères de la théorie psychanalytique du traumatisme psychique. *Bulletin de la Société psychanalytique de Montréal*, 14(2), 31-42.

8 Gabrion, F. et Brunet, L. (2016). La glorification narcissique : éblouir pour exister. *Revue québécoise de psychologie*, 37(2), 177-196.

9 Roussillon, R. Exploration en psychanalyse (podcast). Repéré à <http://www.univ-lyon2.fr/culture-savoirs/podcasts/podcasts-enseignement-de-reneroussillon-617487.kjsp>

L'intensité de cette violence et sa soudaineté confèrent une valeur traumatique à l'événement qui conjugue effraction quantitative⁶, impréparation du sujet et impossibilité de mise en sens⁷. Par ailleurs, l'agression survient alors que Karim est en pleine crise d'adolescence, alors que ses réaménagements identitaires et sexuels le fragilisent.

Le travail clinique s'articule autour de l'élaboration de cet événement traumatique. Il repose également sur une certaine forme de tolérance face au discours haineux de Karim, l'idée étant de lui offrir un lieu pour verbaliser cette violence plutôt que de l'agir. Loin de disqualifier la violence que Karim porte, nos interventions visent à la questionner, notamment dans ses ancrages à son histoire personnelle.

Les limites de l'accueil de cette haine dans l'espace clinique sont maintes fois renégociées. Sa violence a beau être signifiante, elle inquiète souvent et la dangerosité de Karim est évaluée à plusieurs reprises. Le discours haineux qu'il tient à l'endroit des musulmans ajoute à la tension, la radicalisation violente faisant craindre un passage à l'acte à plus grande échelle.

Autre défi clinique : la jouissance associée à l'évocation de la violence chez Karim. Il répétera d'ailleurs plusieurs fois qu'il n'y a pas que de la souffrance en jeu tant son imaginaire violent, notamment peuplé de scénarios de vengeance, l'anime. La destructivité qui teinte ses rapports à l'autre laisse pressentir l'angoisse massive liée aux enjeux relationnels. Mais la dimension consciente est bien ailleurs. La question narcissique prévaut et colore son discours d'éléments de toute-puissance et de grandiosité qui évoquent le triomphe du Moi idéal sur le Surmoi⁸.

Le défi reste donc de taille. Au-delà de l'élaboration nécessaire de la souffrance en lien avec les événements de sa vie, il nous faut pouvoir lui offrir des substituts à la violence qui n'impliquent pas un renoncement total à cette jouissance et à ce sentiment de toute-puissance. Le processus de création artistique, de par son pouvoir émancipateur et subversif, peut être un levier d'intervention prometteur.

Violence et médiation artistique

En plus de la psychothérapie, Karim s'est vu offrir un espace intermédiaire de création artistique. Il a pris part à un projet-pilote destiné aux jeunes attirés par la radicalisation violente qui vise à leur offrir des espaces d'expression, de réflexion et de relation par le biais de projets artistiques. Le processus de création y est mis à profit pour soutenir l'élaboration d'un discours sur l'expérience personnelle qui passe par des voies alternatives à la violence. Dans un studio d'enregistrement et épaulé par des professionnels, Karim s'est ainsi consacré à la composition d'une pièce musicale. Il a souligné l'effet apaisant que ces séances de création avaient eu pour lui et s'est dit fier du résultat. En studio, son plaisir était évident et laissait deviner que l'exercice comportait sa part de gratification narcissique. Des réflexions futures pourront jeter un éclairage sur les dimensions réparatrices d'un tel investissement sur le plan identitaire et relationnel. Pour l'instant, le soutien offert à Karim semble faire ressortir la valeur d'un accompagnement qui, sans se fixer sur la répression de symptômes souvent tapageurs, cherche plutôt à en saisir la fonction.

Dans le cas de Karim, la violence était en prise directe avec le trauma. Le point de départ du travail d'accompagnement se trouvait ainsi dans cette tentative de guérison puisque, René Roussillon nous le rappelle, il s'agit souvent de soigner les patients... de leur théorie du soin⁹. ▶



Vincent Tremblay

Chargé de mission en sociologie
Orspere-Samdarra
Lyon

Gwen Le Goff

Politiste
Orspere-Samdarra
Lyon

Natacha Carbonel

Chargée de mission
Assistante de rédaction Rhizome
Orspere-Samdarra
Lyon

« Paroles, expériences et migrations »

Si les expériences traumatiques individuelles, et plus généralement les souffrances antérieures sont l'objet d'une attention particulière de la part des professionnels de l'accueil et du soin, les traumatismes passés se cumulent avec un ensemble de préoccupations auxquelles font face les demandeurs d'asile. Dans le contexte postmigratoire, le quotidien est souvent empreint d'isolement et de solitude, dominé par les difficultés à accéder au marché du travail, les reconfigurations familiales, les problématiques de langue, de discrimination et de racisme.

Dans la perspective de comprendre et de discuter les difficultés, mais aussi les ressources mobilisées dans le parcours postmigratoire, l'Orspere-Samdarra a animé un séminaire de réflexion intitulé « Paroles, expériences et migrations » avec des personnes ayant sollicité l'asile sur le territoire français¹. L'objectif était également de valoriser le savoir expérientiel de ces personnes qui ont, par ailleurs, rarement l'occasion d'exprimer leur voix². Au fil des rencontres et des échanges, les retours des participants nous ont amenés à réinterroger les effets que produisait le séminaire. Comment un groupe sans visée thérapeutique a-t-il créé des effets positifs et une forme de « mieux être » pour ses participants ?

« Quand je suis arrivé, j'étais dans le brouillard »

Au sein du groupe, il a été évoqué la confusion et le « brouillard » que représente pour beaucoup de personnes l'arrivée sur notre territoire. Plus généralement, c'est l'expérience de la « solitude » pendant le parcours de demande d'asile qui a été décrite à maintes reprises. « Dans un rêve, j'étais avec ma famille, avec ma mère. Quand je me suis réveillé, il y avait personne avec moi. J'ai dit : elle est où, maman ? Elle n'est pas avec moi, je suis tout seul... » Cet extrait illustre bien les attaches perdues, à commencer par les liens avec la famille, les amis, le pays, mais aussi toutes ces « petites choses », lieux et objets, qui nous définissent. Comment recréer des attaches quand nous n'avons plus que notre mémoire et nos rêves comme repères ? Comment se lier dans un environnement quotidien souvent hostile ? Les conditions de vie en France et la précarité des situations dans lesquelles sont prises les personnes ne leur permettent que rarement de recréer des liens stables et durables. Le migrant précaire est une figure limite de la personne en rupture et « mal attachée³ », souffrant notamment de liens fragiles et d'attaches précaires.

Le cadre du groupe a été propice à la rencontre : des rendez-vous réguliers, un accueil convivial et une place importante pour les échanges informels. Nous avons été témoins de moments d'encouragement et d'entraide entre les participants, notamment de paroles réconfortantes à des moments de vie difficiles, mais également de conseils au sujet des démarches administratives et de l'accès à l'emploi.

« Quand nous on parle, il n'y a personne qui nous écoute »

Dans le cadre de la procédure d'asile, les personnes sont sans cesse confrontées à l'injonction à produire un récit conforme aux différentes attentes des dispositifs qu'ils traversent. Si « tout témoignage tient aussi et surtout aux conditions qui le rendent communicable⁴ », le séminaire a permis aux participants de se raconter d'une manière différente de ce qui leur est proposé par ailleurs. Dès le départ, nous avons instauré un cadre particulier à ce groupe de réflexion fondé sur une écoute bienveillante, de non-jugement et de confidentialité. En tant qu'animateurs, nous avons essayé d'être le plus en retrait possible, l'objectif étant que la parole circule librement. De la même manière, les personnes pouvaient prendre la parole si elles le souhaitaient et sans aucune obligation. Les thématiques abordées étaient décidées à chaque début de séance de manière collective⁵. Nous avons observé comment les expériences partagées au sein du groupe faisaient l'objet d'une attention particulière de tous les participants. Nous pouvons imaginer comment cette parole a pu faire écho et résonner pour des personnes ayant vécu des expériences à la fois différentes dans la singularité des situations rencontrées, mais similaires dans les épreuves que représente le parcours de demandeur d'asile. Ainsi, comme le précise Fidèle Mabanza, la mise en commun d'épreuves difficiles sur le territoire français a pu légitimer la place d'une parole qui par ailleurs avait été tue⁶.

« Merci d'écouter ce qu'on a à dire »

Le séminaire a permis aux participants d'exprimer leur ressenti quant à l'accompagnement dont ils ont bénéficié à leur arrivée en France. Ils ont ainsi pu faire état de leur incompréhension et de leur mécontentement face aux failles du système d'accueil⁷. Le groupe a partagé le sentiment de ne pas avoir été écouté ni accompagné à certaines étapes de leur parcours d'installation en France. En vis-à-vis de ce contexte, le groupe a porté un regard réflexif sur l'accueil et l'intégration des demandeurs d'asile en France aujourd'hui. Plus que cela, l'espace d'échange aura aussi permis de créer un lieu d'attaches pour ses participants.

Ce séminaire a été aussi pour nous une « expérience » qui nous enseigne que l'un des enjeux de l'accueil est sans doute de créer les conditions dans lesquelles les personnes passées par l'expérience de l'asile pourront reconstruire des liens et être à nouveau attachés à un monde commun. Non pas à « notre » monde commun, qui serait préexistant à la relation avec l'autre et auquel il faudrait le conformer, mais au monde qu'on aura composé avec lui⁸. Les quelques éléments présentés ici nous amènent à reconsidérer les frontières entre le soin, le social et le politique. Nous avons la volonté de recueillir un savoir dans une visée politique et les personnes du groupe nous ont fait partager le sens qu'elles y voyaient pour elles-mêmes. L'écoute est thérapeutique avant d'être politique... ou inversement ? ▶

¹ Le groupe était constitué de huit personnes, une femme et sept hommes, en situation régulière ou irrégulière dont les pays d'origine étaient les suivants : République démocratique du Congo, Albanie, Kosovo, Syrie, Éthiopie, Côte d'Ivoire, Tchétchénie et Guinée Conakry. Huit rencontres d'une durée de deux heures ont été organisées de manière hebdomadaire. Considérant équivalents les savoirs professionnels, universitaires, expérientiels, nous avons choisi de gratifier la participation des personnes à chaque séance. La mise en place de ce séminaire de réflexion a été soutenue par l'agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes.

² Un rapport sur le séminaire de réflexion, écrit avec les participants du groupe, paraîtra au printemps 2019.

³ Latour, B. (2000). *Factures/fractures. De la notion de réseau à celle d'attachement*. Dans A. Micoud et M. Peroni, *Ce qui nous relie* (p. 189-208). La Tour d'Aigue : Éditions de l'Aube.

⁴ Pollak, M. (1990). *L'Expérience concentrationnaire. Essai sur le maintien de l'identité sociale* (p. 210). Paris : Éditions Métailié.

⁵ Les thématiques abordées tout au long du séminaire à chaque début de rencontre ont été : l'accès aux droits, aux soins, à l'hébergement, à la formation et à l'emploi, l'interprétariat, le parcours administratif et le rapport aux institutions.

⁶ Mabanza, F. (2018). *L'expérience d'un groupe de parole autour des enjeux de la migration*. *Rhizome*, 69-70, 37.

⁷ Les participants ont partagé des sentiments d'incompréhension générale face au système d'accueil, de désinformation, d'isolement et d'exclusion. Ils ont également témoigné de situations de discrimination ou de racisme.

⁸ Latour, B. (2011). *Il n'y a pas de monde commun : il faut le composer*. *Multitudes*, 45(2), 38-41.

Fidèle MabanzaPoète, formé en philosophie
Villefontaine

L'expérience d'un groupe de parole autour des enjeux de la migration

Comment s'affranchir des *a priori* et vivre au risque de soi dans un travail de groupe ?

Lorsque l'on vit les flots obscurs de la précarité dans la solitude, la chance de briser le joug de l'exclusion est minime. Dans une pareille situation, le regard de l'autre devient présence du jugement ou de la condamnation. Ce qui peut alimenter un conflit interpersonnel jusqu'au choix de l'exclusion et/ou du rejet de soi et de l'autre. La parole libérée dans un cercle bienveillant invente une nouvelle identité.

Groupe de parole, lieu d'expression d'affects et de sens

Le travail de groupe interroge notre silence et notre capacité d'écoute. Ce silence est une prédisposition à l'écoute de notre subjectivité, car savoir parler à l'autre, c'est apprendre à s'écouter, apprendre à se taire. C'est une expérience éprouvante, mais en même temps accueillante. C'est aussi une prise de risque qui permet de s'affranchir des *a priori* qui nous aliènent.

Personnellement, je pense que ce qui fait la colonne vertébrale de ce travail, c'est cette volonté du sujet à s'accueillir dans l'écoute des autres. En réalité, ne peut savoir parler que celle ou celui qui s'écoute et ne peut écouter que celle ou celui qui a expérimenté l'épreuve du silence émancipateur.

Dans mon parcours de migrant, mes différents moments d'échange ont beaucoup influé sur mon rapport avec le temps. Un rapport qui est devenu, au fil du temps, banal, mais en même

temps problématique. Banal du fait de la distance que je prends avec tout ce qui s'est passé (les événements conjugués au passé). Problématique du fait des répercussions que peuvent avoir la réminiscence et/ou l'arrière-goût d'un passé qui donne l'impression d'un prolongement incessant dans ma vie.

Face aux vicissitudes du déracinement, les épreuves sur le chemin d'immigration peuvent être, ici, abordées avec un paysage venu de l'horizon de mon parcours personnel. Lorsque ce chemin est grevé des cailloux, un dispositif de partage d'expérience autour des personnes ayant vécu la même détresse est un soulagement. En ce sens, il crée un corps dans une dynamique d'écoute, de regard et du silence qu'engendre la parole de l'autre.

Dans ce travail, on accueille la parole de l'autre dans une attitude de dépouillement total, voire de naïveté. Mais aussi dans le respect de la vie qu'elle porte sous toutes ses formes : mal soignée, crue, désabusée, neutre, pudique, fade, ponctuée, etc.

Autour de la parole partagée se joue l'image d'une identité blessée

Dans un silence aigre, j'ai expérimenté l'effondrement, loin derrière l'émulation du désir d'être libre. Mes efforts étaient mêlés de culpabilité et de fierté, de courage et de haine contre moi-même. Bien souvent, le sentiment d'humiliation et de la crainte d'être rabaisé mâtinaient mon désir de m'élever.

Autant la parole bien employée recrée le monde, autant la parole mal employée le consume. Dans les rues de la solitude et de l'indifférence, c'est la face de la femme et de l'homme qui nous ressemblent que nous regardons sans agir.

Alors, qui est-ce que l'on rencontre dans ce jeu de parole partagée ? Dans le cercle de la parole libérée, le corps qui se construit autour de l'écoute de soi et des autres forme un soutien moral et curatif de certaines difficultés qui nous semblaient ténébreuses. L'expérience vécue et partagée dans l'exercice du silence et de l'écoute s'accompagne souvent du processus de légitimation des sentiments antérieurement réprimés. Ces sentiments qui sont d'ordinaire étouffés par la peur du rejet par celle ou celui qui nous écoute.

Pour ma part, je garde un bon souvenir sur les effets positifs du soin dont chacun des participants aurait bénéficié. Qui plus est, un poids porté ou partagé à deux vaut mieux que porté seul. L'on ne se sent pas seul lorsqu'on peut s'imaginer emporté par plusieurs corps qui poussent le même cri pour évoquer les différentes formes d'injustices dont souffre l'étranger. ▶



Caroline AubasPôle psychiatrie, AP-HM
Marseille**Olga Loris**Association JUST
Marseille**Julien Grard**Équipe Marss, AP-HM
Association JUST
Marseille**Aurélien Tinland**Équipe Marss, AP-HM
Laboratoire de santé publique EA 3279
Aix-Marseille Université

Sindiane, un programme communautaire pour personnes migrantes arabophones

De la recherche d'un monde meilleur à la fuite de situations de violence, d'indignité ou de persécution, celles et ceux qu'on nomme les « migrant.e.s » emportent un bagage qui peut être lourd et traumatique, mais laissent derrière eux.elles leur milieu de vie, une partie de leur entourage, leur chez-soi et autant de choses qui leur sont chères.

1 Selon le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (United Nations Refugee Agency, UNHCR), le nombre de personnes déplacées dans le monde en 2017 du fait de conflits s'élèverait à 68,5 millions, dont 25,4 millions de réfugiés, parmi lesquels 3,1 millions de demandeurs d'asile. Source : UNHCR. (2017). *Rapport global 2017*. Genève, Suisse : UNHCR.

2 Fassin, D. (2018). *Migrants, la grande hypocrisie*. La 1, 188.

3 Shedrawy, J., et al. (2018). « Valuable but incomplete! »: A qualitative study about migrants perspective on health examinations in Stockholm. *International Health*, 10(3), 191-196.

4 Bogic, M., Njoku, A. et Priebe, S. (2015). Long term mental health of war-refugees: a systematic review of the literature. *BMC International Health and Human Rights*.

5 Jakab, Z. (2015). Message from the WHO Regional Director for Europe: European Member States welcome increased WHO support for refugee and migrant health. *European Journal of Public Health*, 25(6), 1121.

6 Mekki-Berrada, A. (2018). Ayn Mika: Traumatic experiences, social invisibility and emotional distress of sub-saharian women with precarious status in Morocco. *Transcultural Psychiatry*; Cristofalo, D. et al. (2018). Access to and use of psychiatric services by migrants resettled in Northern Italy. *Journal of Immigrants and Minority Health*, 0(6), 1309-1316.

7 *Sindiane* signifie « un chêne, un arbre fort ». En arabe, le genre de ce mot est féminin.

8 Nazzari, K. H. (2014). An innovative community-oriented approach to prevention and early intervention with refugees in the United States. *Psychological Services*, 11(4), 477-485.

9 Griswold, K. S., et al. (2018). Strengthening effective preventive service for refugee populations: towards communities of solution? *Public Health Reviews*, 39, 3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5809847/>

Le devoir du pays refuge est de faire, selon l'ordre préétabli qui y règne, place à l'arrivant.e, de lui faire accueil, c'est-à-dire de lui garantir une liberté d'accès aux droits fondamentaux, notamment sociojudiciaires et sanitaires. Mais dans le contexte géopolitique actuel¹, où le besoin d'accueil des migrants en demande d'asile ne cesse de croître, ce sont surtout les déficiences du dispositif d'accueil qui ont été pointées, en dépit de quelques améliorations ponctuelles², ainsi que la responsabilité des pouvoirs publics. Les demandeur.euse.s d'asile eux.elles-mêmes, lorsqu'il.elle.s sont interrogé.e.s soulignent un manque important sur le plan de la santé mentale, ainsi qu'un accès limité aux informations³.

L'exposition à des facteurs de stress dans le pays d'origine est souvent très importante. Dans le cas des réfugié.e.s syrien.ne.s, une étude réalisée en Grèce évaluait à près de 80 % le taux de celles et ceux ayant subi au moins un événement violent. Mais, comme le montre la littérature, la santé mentale de ces hommes et de ces femmes est influencée à long terme à la fois par les événements prémigratoires et les événements postmigratoires⁴. C'est l'ensemble de ces facteurs qui influence le bien-être psychique ou exacerbe une pathologie mentale préexistante⁵.

Malgré ces observations, le soutien psychosocial nécessaire pour atténuer les événements difficiles (violences institutionnelles, discriminations, stigmatisation, rejet, violences interpersonnelles, etc.) inhérents à la période postmigratoire, voire pour en prévenir la survenue, demeure insuffisant. Les personnes concernées restent souvent dans une grande vulnérabilité sociale et psychique, avec une forte détresse émotionnelle et une utilisation très importante de services psychiatriques⁶. Dans ce contexte, le développement de compétences psychosociales ciblées paraît ainsi fondamental pour ces personnes afin de favoriser leur résilience et leur rétablissement.

Une politique de santé inadaptée aux besoins spécifiques des migrants

Actuellement, en France, peu d'actions existent en amont d'une prise en charge symptomatique psychiatrique. Seules les cellules d'urgence médico-psychologique (Cump) interviennent

au décours immédiat de certains événements et peuvent être considérées comme des dispositifs préventifs. Elles ne sont cependant pas adaptées à la problématique des demandeur.euse.s d'asile, qui ont pu vivre des événements de survenue brutale, mais ayant eu lieu un certain temps avant leur arrivée, comme des maltraitements divers, des expériences négatives ou traumatisantes liées à la migration elle-même et à l'arrivée dans le pays refuge.

Lorsque le temps de la prévention est dépassé, que les troubles liés aux traumatismes sont plus avancés, plus caractérisés, plus enkystés, plus compliqués et nécessitent alors une prise en charge, celle-ci est rarement spécialisée. Elle s'inscrit plutôt dans le parcours de soins public conventionnel, c'est-à-dire le service territorial, notamment ambulatoire (centres médico-psychologiques), ainsi que l'hospitalisation de secteur ou les consultations en secteur privé. L'accès aux informations sociales et juridiques est plus souvent spécifique (plateformes d'accueil des réfugiés, travailleur.euse.s sociaux.ales des centres d'hébergement de demandeurs d'asile [Cada]), mais il est souvent considéré comme insuffisant en quantité et en qualité compte tenu des multiples rôles exercés par les référents de terrain.

Déterminer le moment le plus juste pour l'intervention, le soutien ou le soin est également une question fondamentale et délicate. L'arrivée se fait dans l'urgence, mais la crise psychique, si elle existe, n'est pourtant pas nécessairement aiguë; y répondre en prodiguant des soins d'« urgence » serait réducteur au regard de la temporalité des charges traumatiques portées.

L'approche communautaire, une alternative prometteuse au cœur du programme Sindiane

Des interventions précoces et de prévention, comme le propose le programme communautaire Sindiane⁷, ont déjà été évaluées positivement⁸. Le cadre plus général de l'approche communautaire semble une forme prometteuse pour accompagner les personnes engagées dans un processus de migration et qui souhaitent bénéficier de cette aide⁹.

En France, ce type d'approche est peu répandu, la tendance générale consistant plutôt à prendre en charge un individu en prenant peu en compte son appartenance à un groupe culturel singulier ou à une communauté. De plus, les dispositifs de prise en charge sont peu flexibles. Pourtant, les attentes de ces personnes migrantes en termes d'accompagnement et de soutien psychologique sont étroitement liées à un contexte d'arrivée qui leur est propre.

Dans les années 1980, dans le sillage de Tobie Nathan, l'ethnopsychiatrie a popularisé des pratiques de « médiation culturelle ». Mais ces premières initiatives visant à gérer la « souffrance immigrée » ont pu être jugées culturalistes et stigmatisantes, tant pour la population immigrée que pour leurs descendant.e.s né.e.s en France. Dans le contexte migratoire, l'offre de soins psychiatriques à destination des populations étrangères se heurtait principalement au déni des déterminants sociaux de la santé par le biais d'une pathologisation et d'une médicalisation de la culture des migrants¹⁰.

Les pays anglo-saxons, notamment l'Angleterre, se caractérisent au contraire par l'accentuation des singularités existantes au sein de divers groupes culturels ; des activités de prévention et de soins de santé sont proposées par les services publics, avec l'emploi de travailleurs « ethniques » qualifiés, formés à cet effet et rémunérés par les pouvoirs publics et des *trusts* dans le cadre d'associations communautaires, d'organisations non gouvernementales (ONG) ou d'associations mandatées par le National Health Care (NHC). De nombreuses recherches ont mis en évidence les bénéfices que les associations apportent : un soutien moral pour l'élaboration du deuil collectif, des modèles identificatoires, un ensemble de moyens visant à préserver une identité positive ainsi qu'un accès à des services. Ce dernier point est indispensable dans la mesure où nombre de personnes (mais pas forcément toutes) préféreront d'abord s'adresser à un des leurs, plutôt qu'à des étranger.ère.s auxquels il.elle.s se sentent redevables de leur accueil¹¹.

Des individus déplacés et exclus peuvent retrouver une identité culturelle de groupe

Le programme Sindiane est issu de l'engagement d'une juriste française aux côtés d'un collectif de réfugié.e.s pratiquant l'autosupport et du soutien psychosocial dans des camps de réfugiés en Grèce, ainsi que de ses expériences professionnelles en France et en Allemagne. Il s'est concrétisé par sa rencontre avec une psychologue syrienne et une artiste pratiquant l'art thérapie. Conscientes de l'efficacité du groupe et de l'intérêt des logiques d'autosupport, elles ont créé ensemble le projet Sindiane. Leur intervention a pour objet de réunir un petit nombre de femmes syriennes. Elle a aussi évolué vers davantage d'*empowerment*, en se structurant en plusieurs séances, et repérant des compétences juridiques auprès de certaines femmes, alors formées pour devenir des relais auprès du groupe. Le récit de vie a un rôle très particulier dans la procédure d'asile.

Abordée d'abord dans un cadre juridique, la narration a pris ainsi de plus en plus de place. Il est difficile d'imaginer qu'un certain nombre de demandeurs d'asile ne se soient jamais confiés sur les événements qu'ils ont vécus, pourtant, c'est ce que notre expérience montre. En effet, il arrive qu'ils n'aient ni forcément l'entourage auprès duquel se confier ni les mots pour décrire spontanément ce qu'ils ont vécu en raison d'effets de sidération. Enfin, ils peuvent vouloir préserver leurs proches de la violence de ce qu'ils ont vécu. Malgré le potentiel important que représente le fait d'accompagner la réappropriation de leur vie par le récit, rien n'est prévu de manière systématique dans le parcours d'asile pour favoriser leur résilience ou leur rétablissement. Au contraire, le seul moment où ils vont livrer cette histoire de vie, c'est-à-dire lors de la comparution devant un officier de

l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra¹²), est souvent une expérience délétère en raison du contexte et des enjeux cruciaux de cette audience. D'une part, ils n'ont ni le temps ni la confiance nécessaire envers les personnes présentes pour se livrer. D'autre part, leur récit est jugé à l'aune de critères administratifs, juridiques et politiques. Les enjeux liés aux traducteur.rice.s ne sont pas travaillés par la justice et l'administration. Nous constatons un défaut de traducteur. trice.s en amont (lors de la rédaction du récit ou des rendez-vous avec l'avocat, par exemple). Il peut y avoir des situations complexes : le traducteur et le requérant peuvent avoir pour origine des groupes ethniques en conflit, entraînant une non-adhésion du traducteur au récit avec un impact sur la traduction et la crédibilité des propos, ou encore certaines femmes victimes de violences liées au genre peuvent craindre de se confier lorsque le traducteur est un homme. Compte tenu du potentiel de rétablissement que représente la narration de soi, et de son expérience délétère dans la procédure d'asile actuelle, le programme a souhaité dépasser cette problématique et laisser une place plus importante aux récits de vie, qui sont écoutés, accueillis sans jugement, et que le groupe accompagne pour donner du sens, sous l'égide d'une psychologue. Sont abordés le parcours des participantes, les difficultés passées et présentes de ces dernières et, surtout, les moyens de les affronter. La présence de réfugiées syriennes parmi les animatrices et coporteuses du projet a un effet d'identification positive : « En échangeant avec des personnes positivement transformées par des traumas comparables, l'individu s'ouvre un champ du possible¹³. »

Le programme expérimental Sindiane propose également à Marseille des ateliers ouverts à l'ensemble des femmes arabophones demandeuses d'asile qui souhaitent y participer. Il est prévu que chaque groupe soit accueilli deux jours par semaine pendant un mois, avec un sujet spécifique par atelier permettant de guider les échanges¹⁴.

Les moments de rencontre ont également pour but de créer une solidarité, un réseau d'entre-aide mutuelle. Les porteuses du projet mettent en avant l'autogestion, mais aussi la formation des participantes ayant des compétences ou une appétence pour le droit, l'art ou la psychologie, avec pour objectif de donner à ces femmes identifiées et volontaires les outils leur permettant d'être un relais de l'information au sein de leur communauté et animer à leur tour des ateliers. Les passerelles avec des dispositifs de soutien individuels pour les femmes présentant des troubles plus caractérisés ou en demande sont en cours de formalisation, cela afin d'assurer une fonction de repérage précoce. La communication du programme se fait par le bouche-à-oreille et par le biais des centres d'accueil de demandeurs d'asile en France (Cada) et d'associations soutenant les demandeur.euse.s d'asile. La participation est gratuite.

Le programme Sindiane est innovant par sa forme communautaire dans l'accueil et le partage, dans la transmission de connaissances sociojuridiques, dans l'accompagnement culturel et humain et par sa démarche préventive des psychotraumatismes, sources de souffrance ou potentielles pathologies psychiques. Il apporte un support solidaire pour une population ciblée en termes de besoins, en l'occurrence dans un premier temps, des femmes arabophones en demande d'asile ou réfugiées à Marseille. Il porte également l'espoir d'une vision plus sociale et adaptée de l'accueil de ces personnes en France et en Europe. ▶

¹⁰ Larchanché, S. (2015). Les déterminants sociaux de la maladie mentale en situation migratoire : généalogie d'une approche anthropologique. *European Psychiatry*, 30(8), 11-22.

¹¹ Bertrand, D. (2001). Santé mentale et culture : enjeux de pouvoir et d'identité. Le cas des associations communautaires de réfugiés vietnamiens en Angleterre et en France. *L'Autre*, 2(2), 339-357.

¹² L'Ofpra est l'office français en charge de la reconnaissance de la qualité de réfugié, d'apatride et de la protection subsidiaire.

¹³ Tarquinio, C. et Montel S. 2014. *Les psychotraumatismes*. Paris : Dunod.

¹⁴ Le programme Sindiane est financé depuis le mois de juin 2018 par la Fondation de France. Les thématiques abordées au cours des ateliers sont : droit d'asile et droit des femmes (atelier en français traduit en arabe, animé par une juriste française); thérapie de groupe (animée par une psychologue syrienne, en arabe); art-thérapie, atelier en arabe, animé par une artiste syrienne, permettant aussi un travail autour de la mémoire, et la constitution d'archives sonores, visuelles, graphiques à destination des générations futures.

Directeur de publication :
Nicolas CHAMBON

Assistante de rédaction :
Natacha CARBONEL

Comité de rédaction :

- Marianne AUFFRET, vice-présidente de l'association « Élus, Santé Publique et Territoires » (Paris)
- Arnaud BÉAL, psychologue social, GRéPS (Univ. Lyon 2)
- François CHOBEAUX, travailleur social, sociologue, CEMEA (Paris)
- Pascale ESTECAHANDY, médecin, DIHAL (Paris)
- Vanessa EVRARD, membre cofondatrice du Collectif Sensorialités Multiples (Lyon)
- Benoît EYRAUD, sociologue (Univ. Lyon II)
- Sandra GUIGUENO, psychiatre (Rouen)
- Jean-François KRYZANIAK, patient expert, ancien de la rue (Angers)
- Christian LAVAL, sociologue (Lyon)
- Antoine LAZARUS, président de l'OIP et professeur de santé publique (Univ. Paris XIII)
- Édouard LEAUNE, psychiatre (Lyon)
- Philippe LE FERRAND, psychiatre (Rennes)
- Gwen LE GOFF, directrice adjointe Orspere-Samdarra, membre du comité de lecture (Lyon)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (CH Sainte-Anne, Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (CH Sainte-Anne, Paris)
- Éric MESSENS, directeur de la LB FSM (Bruxelles)
- Marie-Noëlle PETIT, Chef du pôle Avignon Nord (CH de Montfavet, Avignon)
- Olivier QUEROUIL, ex-conseiller technique fonds CMU (Paris)
- Bertrand RAVON, professeur de sociologie (Univ. Lyon 2)
- Aurélie TINLAND, médecin de santé publique et psychiatre (Marseille)
- Nadia TOUHAMI, aumônier des hôpitaux (Marseille)
- Nicolas VELUT, psychiatre (Toulouse)
- Benjamin WEIL, psychiatre (Lille)
- Halima ZEROUG-VIAL, psychiatre, directrice Orspere-Samdarra (Lyon)

Contact rédaction :
Orspere-Samdarra
CH Le Vinatier
95 bvd Pinel
69678 BRON CEDEX
Tel : 04 37 91 53 90
orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr

Abonnement :
Vous pouvez vous abonner à la version numérique ou papier sur le site de l'Orspere-Samdarra

Création, réalisation et relecture :
Mariane BORIE

Impression : Imprimerie Courand et Associés

Dépôt légal : 2302
ISSN : 1622 2032
Tirage : 7 500 exemplaires

Artiste du numéro : YLAG, peintre

Ylag travaille au pastel sec noir sur papier. Il s'agit d'atteindre des intensités de noir extrêmes, quasi photographiques, en faisant éclater le blanc du papier. Fentes optiques, carré flottant et lumineux, façade architecturale à construire : la lumière y est rasante, éblouissante ou bien recroquevillée sur un monde intérieur abstrait. L'artiste aime travailler sur ces grands immeubles en devenir, ou bien en phase de destruction. Le graphisme de leur structure crée des espaces sans fin où peuvent se cacher des organismes étranges. Ça et là, des villes imaginaires s'illuminent et puis s'effondrent.

« C'est une tentative de créer l'émotion sur la base du dessin pur, par un travail abstrait, monochrome et que j'espère rigoureux. »

➤ Site internet : <http://ylag.fr/>

➤ Contact : yl-argall@orange.fr

Information DIU « Santé, société et migration »



Le diplôme interuniversitaire « Santé, société et migration », porté par l'université de médecine de Lyon et de Saint-Étienne et organisé par l'Orspere-Samdarra (Centre hospitalier Le Vinatier), fera sa huitième rentrée à l'automne 2019.

L'objectif de la formation est de venir en appui aux personnes (professionnels, bénévoles ou étudiants) qui soignent, accueillent ou accompagnent des publics migrants précaires. Tout en leur permettant d'acquérir des connaissances théoriques et pratiques, le DIU offre aux étudiants des espaces de réflexion et de distanciation de leurs pratiques. Les cours se déroulent à Lyon et Saint-Étienne deux jours par mois d'octobre à mai.

Pour plus d'informations, nous vous invitons à visiter la page du DIU sur le [site internet de l'Orspere-Samdarra](#) et à contacter Stéphanie Brochot (stephanie.brochot@ch-le-vinatier.fr).

Agenda

- Journée d'étude « **Logement (d'abord ?), accompagnement social et santé mentale** », organisée par l'Orspere-Samdarra.

➤ Date et lieu : le mardi 28 mai 2019, à l'École normale supérieure de Lyon.

➤ Argumentaire et inscriptions sur le site de l'Orspere-Samdarra.

Parutions

- **La Mécanique des passions : Cerveau, comportement, société.** Alain Ehrenberg (2018). Odile Jacob.
- **Une mémoire d'Indiens. Récit d'un médecin du monde.** Pierre Micheletti. (2018). Éditions Parole.
- **Contrainte et consentement en santé mentale. Forcer, influencer, coopérer.** Livia Velpry, Pierre A. Vidal-Naquet et Benoît Eyraud. (2018). Collection : Le Sens Social. Presses universitaires de Rennes.
- **Housing First : au-delà du sans abris et de la psychiatrie.** Christian Laval (dir.) (2019, janvier). *Vie sociale*, (23-24).

- **Thématique du prochain bulletin Cahiers de Rhizome n°71 : « Habiter, co-habiter ? »**