

Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine

Année 2016

N° 29

Prise en charge de la souffrance de patients en situation d'exil

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 13 mai 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par ROSE OZYURT
Née le 8 mai 1986
à SENIRKENT (Turquie)

Doyen :
1er Assesseur :
Assesseurs :

M. Frédéric HUET
 M. Yves ARTUR
 Mme Laurence DUVILLARD
 M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
 M. Marc MAYNADIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Laurent	BE DENNE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Charles	BENAIM	Médecine physique et réadaptation
			(Mise à disposition pour convenances personnelles jusqu'au 31/10/2016)
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	BESANCENOT	Médecine interne
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
Mme	Claire	BONITHON-KOPP	Thérapeutique
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaïd	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale.
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
M.	François	BRUNOTTE	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Philippe	CAMUS	Pneumologie
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Maurice	GIROUD	Neurologie
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
M.	Patrick	HILLON	Thérapeutique
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Denis	KRAUSE	Radiologie et imagerie médicale
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Romaric	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-François	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Philippe	MAINGON	Cancérologie-radiothérapie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques

M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie - transfusion
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Eric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
M.	Jean-Raymond	TEYSSIER	Génétique moléculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGES	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Frédéric	MICHEL	(surnombre du 20/10/2015 au 31/08/2019)
M.	Roger	BRENOT	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Marc	FREYSZ	(surnombre jusqu'au 31/08/2016)
M.	Philippe	ROMANET	(surnombre du 10/07/2013 au 31/08/2016)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(surnombre du 05/02/2014 au 31/08/2017)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M.	André	PECHINOT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

Discipline Universitaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/09/2011 au 31/08/2017)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M	Philippe	GAMBERT	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	François	MARTIN	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Patricia	MERCIER	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Catherine	AUBRY	Médecine Générale
M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire
Mme	France	MOUREY	Sciences et techniques des activités physiques et sportives

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	--------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Bernard BONIN

Membres :

Monsieur le Professeur Marc FREYSZ

Monsieur le Docteur Jean-Christophe CHAUVET-GELINIER

Madame le Professeur Khadija CHAHRAOUI

Monsieur le Docteur Pierre BESSE

Monsieur le Docteur Nicolas HUBY

REMERCIEMENTS

A mon jury :

- A Monsieur le Professeur Bonin,

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse.

Nous avons eu la chance de profiter de votre enseignement durant ces quatre années d'internat.

Vous nous avez toujours soutenue et fait preuve d'une bienveillance.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

- A Monsieur le Professeur Freysz,

Vous nous faites l'honneur d'accepter si spontanément de siéger dans notre jury.

Nous avons eu la chance et le plaisir de travailler à vos côtés.

Veillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre respect.

- A Monsieur le Docteur Chauvet-Gelinier,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger notre travail.

Nous avons eu le plaisir de pouvoir bénéficier de votre dynamisme et de votre sens clinique lors de notre semestre dijonnais.

Soyez assuré de notre gratitude et de nos remerciements.

- A Madame le Professeur Chahraoui,

Vous nous faites l'honneur de participer à l'évaluation de notre travail.

Vous avez partagé vos connaissances et votre enseignement avec de nombreux étudiants en formation.

Veillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre respect.

- A Monsieur le Docteur Besse,

Vous nous faites l'honneur d'accepter si spontanément de siéger dans notre jury.

Nous avons eu le plaisir de bénéficier de vos conseils, de votre gentillesse et de votre disponibilité même si nous n'avons pas eu l'occasion de travailler à vos côtés.

Soyez assuré de notre reconnaissance.

- A Monsieur le Docteur Huby,

Vous avez accepté de nous accompagner avec patience pour l'élaboration de ce travail.

Nous avons eu le plaisir de travailler à vos côtés, de bénéficier de vos conseils toujours avisés et de votre rigueur.

Vous avez été un mentor apaisant, rassurant et un relecteur attentif de tous nos écrits.

Nous vous remercions pour votre bienveillance, votre investissement et votre enthousiasme.

Soyez assuré de notre gratitude et de notre reconnaissance.

A ma famille :

Je sais de qui je tiens ma force et ma détermination.

Pour le soutien inconditionnel que vous m'avez apporté, je tiens particulièrement à vous remercier.

Il n'y a pas de mots pour exprimer réellement mes sentiments, ma pudeur est certainement d'origine culturelle.

A mes amies :

A Carole : tu as été une sœur, une confidente précieuse. Merci pour ton soutien et ta générosité dans certains moments pas toujours faciles. Je te souhaite pleins de bonheurs dans ta vie.

A Fanny : My dearly friend. Sans ton soutien et ta capacité à rassurer je me serai déjà lancé dans un droit au remord. Nous n'avons toujours pas fait de progrès en anglais, je pense que c'est la faute de Miss F.

A Laure : Je te remercie pour ton soutien, j'ai pu également compter sur toi. Je suis heureuse d'avoir pu te rencontrer et te découvrir.

A Séverine : Je te remercie pour toutes les bonnes choses que nous avons partagées. Ta personnalité et ta générosité font de toi une personne admirable.

Je tiens également à remercier tous les co-internes et les collègues qui ont croisé ma route durant ces quatre années d'internat et avec lesquels j'ai partagé d'excellents moments. Certains sont devenus des amis.

Michel : Merci pour avoir essayé de m'initier au tennis et pour toutes ces soirées inoubliables de notre premier semestre.

Marine : Merci pour tous tes apéros de soutien et tes bons petits plats.

Et Marie : Ma collègue et amie. Je te remercie pour ta patience, ton soutien et ta générosité. Je garde de très bons souvenirs en ta compagnie lors de mon semestre de Sevrey. J'espère que nous passerons d'autres bons moments.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS

INTRODUCTION	1
I- Méthode d'étude	3
1. L'exil : description de la situation d'exil	3
1.1 L'immigration en France	3
1.2 Nouveauté de la réforme du droit de l'asile	3
1.3 Le cas des mineurs isolés étrangers	4
1.4 Différentes approches actuelles de la problématique	5
2. L'état de stress et le « traumatisme » psychique (<i>trauma</i>)	10
2.1 Quelques mots d'introduction	10
2.2 L'état de stress et le « traumatisme » psychique (<i>trauma</i>). Un point de vue préalable à l'approche nosologique et a-théorique actuelle	12
2.2.1 Définitions historiques	12
2.2.2 Définitions actuelles	16
2.3 L'état de stress. Description clinique	21
2.3.1 L'événement traumatique	21
2.3.2 Les troubles immédiats brefs	22
2.3.3 L'état de stress aigu (ESA)	25
2.4 Le « traumatisme » psychique, le pare-excitation et le Moi-peau	31
2.4.1 Le « traumatisme » psychique dans une tentative de compréhension phénoménologique	32
2.4.2 Le Moi-peau	38
2.5 Le « traumatisme » psychique : du stress inadapté à l'ESPT, une tentative de compréhension de ses mécanismes	40
2.6 L'État de Stress Post-Traumatique (ESPT). Description clinique	43
2.7 Nosologie	59
2.7.1 La <i>CIM-10</i>	59
2.7.2 Le <i>DSM-5</i>	65
2.8 La névrose traumatique	74
3. Approche de l'exil par le traumatisme	76
3.1 Qu'est-ce qui rend le voyage pathologique ?	76
3.2 Lien entre pathologie mentale et processus de migration	79
3.3 Facteurs positifs	82
3.4 Le concept de culture	92
3.5 Vers une prise en charge traditionnelle	94
3.6 En situation transculturelle	97
4. Les prises en charge proposées dans le « traumatisme » psychique	98
4.1 Le débriefing de J. Mitchell décrit par S. Behaghel dans <i>Traumas et narcissisme</i>	98
4.2 Présentation des Cellules d'Urgences Médico-Psychologiques (CUMP)	99
5. D'autres approches cliniques et théoriques : la théorie de l'attachement	100
5.1 Principe de la théorie	100
5.2 Les différents types d'attachement et leur prévalence	103
5.3 Attachement et psychopathologie	103
5.4 Les outils d'évaluation de la qualité des représentations d'attachement	104

5.4.1 Les histoires à compléter.....	104
5.4.2 L'échelle de sécurité de Kerns	104
5.4.3 L'Inventaire d'Attachement Parent-Adolescent	104
5.4.4 L'Entrevue d'Attachement Adulte.....	105
5.5 Exemples de quelques études menées à l'Université de Dijon.....	106
5.6 Place de la théorie de l'attachement au sein du groupe thérapeutique que nous étudions dans ce travail.....	106
5.7 La résilience et la théorie de l'attachement	107
6. Un autre exemple de prise en charge thérapeutique de groupe avant de présenter le notre : Conférence « Prises en charge du psychotraumatisme », du 9 février 2016.....	109
7. Le groupe thérapeutique : les outils théoriques et thérapeutiques utilisés lors des « traumatismes » psychiques appliqués aux situations d'exil comme préalable systématique.....	111
7.1 Présentation de l'« Espace Psychothérapique »	111
7.2 Les intervenants.....	111
7.3 Le déroulement de la séance	112
7.4 L'objectif du dispositif.....	114
7.5 Le lien thérapeutique.....	117
7.6 La mise en récit	118
7.7 En réalité, une <i>co-narration</i>	121
7.8 L'utilisation des rêves.....	122
7.9 La question du recours à un interprète	123
7.10 Le contre-transfert	123
II- Illustrations cliniques.....	126
1. Monsieur M.....	126
1.1 Eléments biographiques	126
1.1.1 Histoire de vie et parcours d'exil.....	126
1.1.2 Contexte familial.....	127
1.2 La demande de Monsieur M.	128
1.3 Consultations suivantes	128
1.3.1 Lors de la deuxième consultation	128
1.3.2 Consultation du 9 juillet 2014.....	129
1.3.3 La consultation suivante	130
1.3.4 Plusieurs mois plus tard.....	130
1.3.5 Consultation du 6 janvier 2015.....	131
1.4 Discussion autour du cas de Monsieur M.	132
1.5 Résultats.....	133
2. Madame B.....	133
2.1 Motif de consultation.....	133
2.2 Eléments biographiques	134
2.2.1 Histoire de vie et parcours d'exil.....	134
2.2.2 Contexte familial.....	135
2.3 La thérapeute principale donne la parole au groupe.....	135
2.4 Discussion autour du cas de Madame B.....	135
2.5 Résultats.....	136
3. Madame D.	137
3.1 Contexte familial.....	137

3.2 Motif de la consultation.....	137
3.3 Lors des entretiens suivants.....	138
3.4 Discussion autour du cas de Madame D.	139
3.5 Résultats.....	139
4. Madame A.	140
4.1 Éléments biographiques	140
4.1.1 Histoire de vie et parcours d'exil.....	140
4.1.2 Contexte familial.....	141
4.2 Lors des entretiens	141
4.3 Interventions du groupe	142
4.4 La prise en charge groupale	143
4.5 Discussion autour du cas de Madame A.	143
4.6 Résultats.....	144
III- Résultats communs.....	145
IV- Discussion.....	147
CONCLUSIONS	156
BIBLIOGRAPHIE	158

ABREVIATIONS

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies numéro 10

CISD : Critical Incident Stress Debriefing

CUMP : Cellules d'Urgences Médico-Psychologiques

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

ESA : Etat de Stress Aigu

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

UNAFAM : Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques

INTRODUCTION

La question de la migration et des migrants est un sujet d'actualité, avec des demandeurs d'asile toujours nombreux.

La migration est définie dans le dictionnaire *le petit Larousse illustré* de 2014 par le « déplacement d'une personne quittant son lieu de résidence pour un autre lieu, dans son pays ou à l'étranger » [26]. Lorsque la personne est expulsée ou obligée de vivre hors de sa patrie nous parlons alors d'exil [26].

C'est à des sujets en situation d'exil que ce travail s'intéresse, pour la plupart des demandeurs d'asile ayant été confrontés à un traumatisme dans un contexte de prise de position dans un groupe politique contre le pouvoir en place. Ils ont été victimes pour certains, témoins pour d'autres, de guerre, de tortures, de séquestrations, d'emprisonnement, d'agressions physiques et parfois sexuelles. Situations confrontant le sujet à la réalité de la mort ; « il s'est vu mort » nous dit-il, il a vécu l'imminence de sa propre mort.

Comment assurer à ces individus un socle sécurisant, un environnement « suffisamment bon » ?

La précarité de la situation d'exilé, l'hostilité du pays d'accueil, la dépendance et l'incertitude sur le présent sont des facteurs qui aggravent la vulnérabilité de l'individu.

Le travail que nous effectuons au sein de l'« Espace Psychothérapique » du Centre Hospitalier de la Chartreuse de Dijon se déroule sur une année, de mai 2015 à mai 2016.

C'est tout un cheminement professionnel qui nous amène vers ce travail dont l'élaboration a été progressive au cours de notre cursus d'interne. Nous souhaitons étudier concrètement ce qui est proposé aux patients migrants consultants.

Dans un premier temps, nous donnons quelques chiffres sur l'état actuel de la migration en France et des informations relatives à la réforme de l'asile.

Dans un second temps, nous tentons de préciser la psychopathologie du trauma, et nous décrivons les effets immédiats et à long terme.

Ensuite, nous présentons le dispositif de prise en charge des patients accueillis au sein de l'« Espace Psychothérapique » du Centre Hospitalier de la Chartreuse de Dijon.

Nous poursuivons par des illustrations cliniques avant de discuter de notre travail et avant de conclure.

I- Méthode d'étude

1. L'exil : description de la situation d'exil

1.1 L'immigration en France

Nous l'avons précisé dès notre introduction, l'exil est une situation particulière de migration.

L'origine des migrations est double ; européenne et extra-européenne [84].

En 2014, le nombre de personnes d'origine immigrée extra-européenne présentes en France est évalué à plus de 9 millions de personnes [84].

Le coût de l'immigration en France est estimé à une valeur comprise entre 55 et 85 milliards d'euros par an [84].

Sur le plan économique toujours, l'immigration engendre 2000 euros par an de richesse en moins par Français et 1,5 millions de chômeurs en plus [84].

En 2015, la France dispose de plus de 25 000 places en Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) et de 300 places en centre de transit. Il existe également plus de 20 000 places d'hébergements d'urgences [84].

L'offre d'hébergement proposée est inégalement répartie sur le territoire.

1.2 Nouveauté de la réforme du droit de l'asile

La nouvelle réforme du droit d'asile vise à garantir l'égalité de traitement des demandes, un raccourcissement des délais d'enregistrement et de traitement des demandes d'asile, et la possibilité d'être assisté par un tiers à l'occasion de l'entretien auprès de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) [84].

La loi crée également une allocation pour les demandeurs d'asile dont le montant varie selon la composition familiale [84].

1.3 Le cas des mineurs isolés étrangers

Il s'agit d'« enfants de moins de 18 ans se trouvant en dehors de leur pays d'origine, séparés de leurs parents ou de leur représentant autorisé par la loi/par la coutume » [64].

Une typologie des motivations au départ est proposée pour ces personnes mineures [64].

Les *réfugiés* : il s'agit du cas des mineurs en danger dans leur pays (guerre, implications des parents dans des activités politiques, etc.), ayant fui les persécutions dont ils étaient l'objet.

Les *confiés* : il s'agit des mineurs confiés à un membre de la famille élargie ou à un ami de la famille, et amenés en France.

Les *rejoignants* : ce sont des jeunes qui partent de leur pays d'origine dans le but de retrouver leurs (ou l'un de leurs) parents.

Les *exploités* : sont des mineurs amenés pour travailler (trafiquants, réseaux de prostitution, ...).

Les *missionnés* : sont des mineurs missionnés d'aller à l'école, de bénéficier d'une formation et de trouver du travail pour envoyer de l'argent à la famille restée au pays.

Les *conquérants* : ils arrivent sur le territoire dans le but de trouver une vie meilleure.

1.4 Différentes approches actuelles de la problématique

- Le problème de la détermination de la minorité

Au cours de notre parcours professionnel, nous pouvons être amenés à rencontrer des mineurs isolés étrangers et être confronté à la difficulté liée à l'accompagnement nécessaire de ces jeunes individus. De nombreuses questions surgissent dans l'esprit du professionnel sur l'authenticité des propos ; leur âge réel notamment, leur isolement sur la terre d'accueil, etc. Au sein des services des urgences médico-judiciaires (par exemple au Centre Hospitalier Universitaire de Dijon) des examens d'âge osseux sont réalisés, radiographie du poignet et de la main du membre supérieur gauche, pour déterminer l'âge de ces jeunes étrangers. Cette méthode est critiquée en raison de sa faible fiabilité car il existe une marge d'erreur de plus de 18 mois [42].

- Guide du Conseil de l'Europe, à l'usage des décideurs et des praticiens

Dans un document d'orientation du Conseil de l'Europe de 2010, Andrew Orton, Ministre européen responsable des questions de migration, présente un guide à l'usage des décideurs et des praticiens dont le thème principal est celui du développement d'un sentiment d'appartenance chez les migrants par des interactions positives entre les migrants et la société d'accueil, et dont l'objectif est d'améliorer la cohésion sociale. Dans ce guide, Andrew Orton établit un lien entre la reconnaissance, la participation, l'autonomisation des migrants et l'amélioration de la cohésion sociale [86].

- Interactions positives

Selon ce document, le migrant, s'il peut participer à la vie collective (« sur une base aussi égalitaire que possible ») dans les domaines de l'éducation, de l'économie, de la politique, du travail, ..., peut d'autant plus échanger avec les autres et adopter progressivement les modèles culturels du pays d'installation et renforcer ainsi son sentiment d'appartenance et de confiance envers la société d'accueil ; ce qui permettrait d'obtenir une société plus cohésive.

- Interactions négatives

A l'inverse, si le migrant est confronté à un sentiment d'hostilité, de discrimination, d'oppression voire d'exploitation, il existe un risque d'augmentation des conflits sociaux et un risque d'isolement pour les minorités.

Il est remarquable que notre approche intègre déjà parfaitement les apports de ce guide. Elle peut se définir par le bénéfice qu'elle va apporter à nos patients de la manière suivante :

Chez tous, le sentiment d'appartenance influe sur l'image que les personnes ont d'elles-mêmes [24].

Au sein de notre groupe thérapeutique nous tentons d'aider le patient à retrouver une stabilité de l'existence dans les suites de son expérience traumatique compliqué de son exil, de son déracinement, de son sentiment d'isolement et d'exclusion. Nous cherchons à lui proposer un socle sécurisant suffisamment solide (une fondation) à partir duquel il peut de nouveau se reconstruire, retrouver un sentiment de bien-être pour avancer et s'épanouir. Les études traitant de la santé mentale des populations migrantes montrent une aggravation de la vulnérabilité vis-à-vis des pathologies mentales [1] [62].

Ces études montrent également un taux élevé de troubles thymiques associés. C'est toute l'importance pour les exilés de pouvoir bénéficier d'un étayage, pour retrouver la confiance et le sentiment permanent de sécurité permettant d'investir un au-delà de leur souffrance, de s'inscrire dans une continuité de leur histoire et de se projeter dans l'avenir en réinvestissant un projet de vie. Le thérapeute sert de figure d'attachement temporaire permettant « l'expérience correctrice » [9].

La question du sentiment d'appartenance est également étudiée chez l'enfant dans le domaine scolaire. Le sentiment de sécurité et d'appartenance à l'école concourent à l'estime de soi et au sentiment de bien-être [77]. Chez l'enfant, le sentiment d'appartenance est nécessaire pour se structurer et se construire [81].

- La réhabilitation en psychiatrie, un autre regard, une autre approche

En psychiatrie [67] [76], la réhabilitation vise à accompagner les personnes souffrant de troubles psychiatriques chroniques vers une insertion sociale ou professionnelle dont la finalité est de développer leur sentiment de mieux-être, d'améliorer leur autonomie et de restaurer ainsi leur sentiment d'estime de soi. Elle implique de considérer les compétences préservées, les ressources, les besoins et les souhaits spécifiques de chaque patient ; pour la construction d'un projet de vie dans le domaine social et professionnel, pour le développement de ses compétences, pour lui permettre de prendre une part active dans sa démarche de soins et pour l'aider à créer ou à maintenir des liens avec les autres. Chaque patient peut ainsi exercer le mieux possible ses rôles sociaux et retrouver en partie une place de sujet.

Il est important également de permettre au patient, à travers la médiation par le travail ou à travers l'inscription dans un groupe d'activité socio-culturel, de retrouver une rythmicité et une régularité du réel (les changements et les imprévus étant potentiellement anxiogènes).

Cet accompagnement redonne au patient un sentiment d'utilité par la prise de responsabilité et implique une reconnaissance par ses pairs.

Cette partie du travail fait écho à la proposition d'Andrew Orton, abordée précédemment [84], de mise en place d'interactions positives entre le migrant et la société d'accueil pour sa reconnaissance, sa participation à la vie collective et son autonomisation pour l'amélioration de la cohésion sociale.

Dans notre pratique clinique, la réhabilitation psychosociale des patients présentant des troubles psychiatriques est une préoccupation pour tout psychiatre. Par le développement des compétences sociales et du soutien social, la réhabilitation psychiatrique vise à améliorer les compétences, les relations sociales, l'adaptation sociale et la préparation au travail de chaque patient. La finalité est l'amélioration de la qualité de vie dont les incidences seront favorables sur l'évolution de la maladie. Par cet abord de la réhabilitation et du handicap, chaque patient peut espérer retrouver une place dans la société. Le patient souffrant de son handicap mental ou psychique peut devenir une personne handicapée mais qui ne souffre plus. La réhabilitation sociale lui a permis alors d'adapter suffisamment son handicap à son environnement, et son environnement à son handicap.

- Sur le site de l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques (UNAFAM)

La notion de handicap psychique s'est développée avec la loi du 11 février 2005 [91]. Elle permet aux personnes malades et à leur entourage de sortir d'une longue période où la maladie et le handicap psychique n'étaient pas reconnus.

Le handicap psychique est distingué du handicap mental de la façon suivante :

Le handicap mental résulte de pathologies identifiables non psychiques (traumatisme, anomalie génétique, accident cérébral, ...). Il associe une limitation des capacités intellectuelles qui n'évolue pas, une stabilité dans les manifestations des symptômes, et une prise de médicaments très modérée pour ces raisons.

Le handicap psychique est secondaire à la maladie psychique. Les capacités intellectuelles peuvent évoluer de manière satisfaisante. C'est la possibilité de les utiliser qui est déficiente.

La symptomatologie est instable, imprévisible. La prise de médicaments est le plus souvent indispensable, elle aussi variable et parfois conséquente.

Les médecins psychiatres et les autres professionnels de la psychiatrie ne rejettent pas ces définitions proposées par l'UNAFAM. Néanmoins, de la place du professionnel, cette distinction ne peut être stricte et exclusive.

Nous savons que le handicap mental peut bien sûr et souvent s'accompagner d'un handicap psychique.

Dans le handicap psychique, si les capacités intellectuelles peu touchées subissent un défaut de leur utilisation ; l'origine de cette déficience peut elle-même être constituée (maladies psychotiques notamment) ; ou fonctionnelle et réversible (certes au prix de quelques efforts, s'agissant des maladies névrotiques, et notamment du traitement de l'inhibition anxieuse ; mais permettant parfois la guérison et l'arrêt des traitements médicamenteux).

- Inscription de notre problématique

Nous tenons à préciser que toute cette première partie de notre travail, sur la description de la situation d'exil, se veut être intentionnellement objective et rationnelle, sans considération affective ou humaniste. Il suffit bien sûr de lire le reste de notre travail pour juger de notre attention toute particulière à l'humanité et à la réalité de sujet s'agissant de nos patients, défendues inlassablement et sans concession au fil de nos pages.

Ce travail de thèse se veut être aussi la démonstration d'une réalité déontologique et d'une éthique nécessaire et irréductible du médecin face à ces populations exilées, ces êtres humains, nos alter ego (« toutes les personnes [...], sans aucune discrimination », nous dit la version actuelle du serment d'Hippocrate).

2. L'état de stress et le « traumatisme » psychique (*trauma*)

2.1 Quelques mots d'introduction

La sixième et dernière édition du *Manuel de Psychiatrie* de Henri Ey (posthume), de Paul Bernard et de Charles Brisset, en 1989, ne consacre que quelques pages aux « réactions névrotiques aiguës (psychonévrose émotionnelles) », donnant une place importante à un rappel historique et à une description clinique assez peu spécifique de « réactions anxieuses déclenchées par un choc émotionnel » [43].

Ce n'est qu'assez récemment que la plupart des classifications nosologiques (*Classification Internationale des Maladies, numéro 10* (CIM 10) [21]; *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, édition 3* (DSM-III)), les différents manuels de psychiatrie de référence [60] [61] [76], de psychopathologie [10] ou certains ouvrages plus spécialisés [25] [55] [59] [65] donnent une place plus spécifique aux états de stress et à la notion de « traumatisme » psychique. Il est néanmoins remarquable que leur approche reste très séméiologique pour ne pas dire critériologique, et qu'elle est quasiment la même, mot pour mot, dans ces différents documents.

Nous n'allons pas reprendre le détail exhaustif de chacun, cela n'étant pas l'objet de ce travail de thèse. Il nous semble au contraire important d'en retirer les éléments les plus fondamentaux et notamment un point essentiel qui n'est pas toujours mis en valeur.

Le stress est avant tout défini par la réaction physiologique, biologique et comportementale de l'individu face à l'événement traumatique. Son éprouvé est avant tout émotionnel.

Le « traumatisme » psychique, désigné aussi par le mot « *trauma* » pour bien le différencier du traumatisme physique, est une notion qui vient questionner les répercussions de l'événement traumatique sur le psychisme, lorsque le vécu de cet événement, par ses caractéristiques, vient déborder l'organisation psychique. Ses manifestations expriment surtout cette désorganisation du fonctionnement psychique dans un premier temps puis, plus tard, la révélation de problématiques passées non résolues, réveillées par ce vécu.

Le stress concerne avant tout l'*organisme* et une réponse aspécifique. Le « traumatisme » psychique, qui n'est un traumatisme que par métaphore (justifiant l'usage des guillemets), concerne avant tout un *dysfonctionnement* psychique qui vient fragiliser ses défenses et favoriser l'expression d'anciennes problématiques non résolues, bien spécifiques de l'individu et de sa singularité.

2.2 L'état de stress et le « traumatisme » psychique (*trauma*). Un point de vue préalable à l'approche nosologique et a-théorique actuelle

Avant de rappeler la définition clinique, nosologique et critériologique des « états de stress », et pour bien comprendre l'importance de ce travail de thèse et l'un de ses éléments essentiels qu'il tente d'éclairer, il nous faut aborder ce qu'est le stress lui-même, qu'il soit adapté ou non (conduisant alors vers le « traumatisme » psychique), et le traumatisme.

2.2.1 Définitions historiques

Philippe Birmes, Rémy Klein et Laurent Schmitt dans le chapitre « Stress et troubles de l'adaptation » du *Manuel de Psychiatrie* de 2007 sous la direction de Julien-Daniel Guelfi et de Frédéric Rouillon [13] en rapporte un historique détaillé et contributif à notre travail :

« "Stress" est un mot de la langue anglaise [...] son origine vient du latin *stringere* : tendre raide, serrer, qui a donné naissance à êtreindre. [...] Au XVIIème siècle, en Angleterre, on définit un état de détresse (*distress*) en rapport avec l'oppression, la souffrance, l'adversité en général, conséquence d'une vie difficile. En 1890, William James évoque dans son *Traité de Psychologie* la transmission au corps de l'événement émotionnel déclenchant par un "mécanisme réflexe préorganisé" : le processus psychique est secondaire au processus physique (c'est nous qui soulignons).

Dans sa *Psychopathologie Générale* en 1913, K. Jaspers pose les 3 conditions des "réactions pathologiques vraies" :

- La réaction n'intervient qu'après un événement ;
- Entre l'événement et l'état réactionnel qui en découle se noue une relation compréhensible ;
- et si l'événement disparaît, l'effet se réduit progressivement ou cesse.

En 1914, W.B. Cannon médicalise le terme de stress pour désigner les réactions physiologiques liées aux émotions, puis en 1928, les réactions à toutes les agressions telles qu'elles soient susceptibles de mettre en jeu de manière comparable le système neurovégétatif.

En 1936, H. Seyle fait paraître le résultat de recherches sur l'animal. Il décrit le "syndrome général d'adaptation" (SGA) aspécifique, obtenu par la confrontation à divers agents agresseurs. »

Plus loin, toujours à propos de H. Seyle, ils ajoutent quelques mots sur l'intérêt de ses recherches « sur les conséquences neurobiologique du stress » et la prise en compte « pour certaines maladies », de « leur dimension de réponse à une agression ». Chez l'individu, il conclue enfin, de façon remarquable, que le stress est défini par l'agression et par sa réaction non spécifique, laissant entendre son caractère normal et non pathologique ; quand chez un individu particulier, « la maladie résulte de l'addition : agression + réaction non spécifique + réaction spécifique ».

La suite de leur article rejoint les autres auteurs en questionnant le concept de réaction adaptée et de « réaction inadaptée », incluant le degré de tolérance par l'entourage familial, social ou médical.

Le « traumatisme » psychique ne bénéficie pas de la même filiation historique univoque, et ses références sont aussi diverses et variées, que scientifiques, philosophiques, littéraires ou mythologiques [32].

D'autres auteurs du *Manuel de psychiatrie* de 2007 [61], Florian Ferreri, Charles-Siegfried Peretti et Maurice Ferreri, dans le chapitre « Pathologie psychotraumatique, pathologie secondaires à des traumatismes majeurs, stress aigu et état de stress post-traumatique » évoquent « la description par Hippocrate (400 avant J.C.) des rêves traumatiques dans son *Traité des songes* », ou au moment des batailles napoléoniennes la description du « syndrome de "vent du boulet", stupeur sidérante » [44]. Ils rappellent plus loin que « c'est H. Oppenheim, psychiatre allemand qui utilisa en 1884 le terme de "névrose traumatique" et décrivit les troubles névrotiques particuliers survenus dans les suites d'accident de chemin de fer. Il insista sur l'importance de l'effroi (*Schreck*) qui désorganise l'aménagement psychique aboutissant à une altération durable de son fonctionnement (c'est nous qui soulignons les deux fois) [...]. E. Kraepelin retient le terme de " névrose d'effroi ". »

C'est finalement avec J.-M. Charcot et les premiers développements théoriques de Sigmund Freud que la névrose traumatique devient plus confuse, prise d'un côté dans son origine émotionnelle et renvoyée de l'autre dans son résultat en tant que névrose, plus ou moins sans discernement (par exemple avec l'hystérie) [44].

Bien plus tard, Sigmund Freud reprend la distinction entre « l'angoisse de réel » (pour nous, ici, le stress) et ses conséquences psychiques éventuelles, « l'angoisse névrotique » (pour nous, ici, le « traumatisme » psychique) dans son texte *Inhibition, symptôme et angoisse* [53] ; mais sans que celle-ci soit reprise dans la plupart des documents que nous avons étudiés pour ce travail.

Comme nous l'avons dit, beaucoup d'auteurs vont ensuite utiliser la notion de « traumatisme psychique », de « pathologie psychotraumatique » ou de « psychotraumatisme majeur », mais sans en dépasser l'abord clinique descriptif.

C'est dans ce cadre que « l'état de stress post-traumatique » (ESPT, ou en anglais PTSD : « *PostTraumatic Stress Disorder* ») est décrit pour la première fois dans la 3^{ième} édition du *Manuel Diagnostique et Statistique* de l'Association américaine de Psychiatrie. Avec lui et ses éditions ultérieures, la notion de « traumatisme » psychique et de « névrose traumatique » tendent à s'effacer, laissant toute la place au stress lui-même.

De nombreux auteurs récents résistent à ce mouvement et défendent l'importance fondamentale de bien différencier le stress et le trauma [35].

La Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé, 10^{ième} révision (CIM-10, 1992) leur donne plutôt raison en ajoutant à leur liste des troubles réactionnels une nouvelle entité : « Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe », codée F62.0 [21].

2.2.2 Définitions actuelles

Les dictionnaires *le Larousse* [26] et *le Petit Robert* [28] rappellent que le mot « stress » est un nom masculin issu de l'anglais (*stress*, effort intense), défini comme un état réactionnel de l'organisme soumis à une agression... *Le Larousse* utilise le mot « brusque » s'agissant de cette agression [27]. Ce mot lui-même renvoie à la brutalité et son absence de retenue (« sans ménagement »), mais aussi à la rapidité et la soudaineté. *Le Petit Robert* emploie le mot « choc » pour préciser cette agression [28]. Ce mot « choc » renvoie à celui de « violence ». Ce dernier se définit par la brutalité là-aussi « sans ménagement » et de caractère « soudain », et par la vivacité (« vivement »). A propos du mot « brutalement », il précise comme élément de définition « de manière imprévisible » [28]. *Le Littré* [78] ne donne pas de définition du mot « stress », trop récent (introduit en 1936 par le physiologiste canadien Hans Selye).

Le terme « agression » doit être entendu au sens large, et pas seulement au sens de l'intentionnalité d'un agresseur qui provoque une agression, comme il est très souvent défini. Cela peut être quelqu'un mais aussi quelque chose, ou une situation. Toujours dans un sens très large, il faut considérer que ce qui agresse est ce qui atteint l'intégrité, donc entraîne potentiellement une perte pour celui qui est agressé. Les termes « brusque », « choc », « violent », « brutal » renvoient à la fois à une idée d'intensité très forte (peu limitée) mais surtout à une idée de rapidité de survenue, de soudaineté, qui aura un rôle important dans la compréhension du vécu de surprise, d'inattendu ou d'imprévisible (et la difficulté associée à s'adapter).

Cela étant précisé, la première partie de la définition mérite toute notre attention. Il est question de l'*organisme* dans son intégralité, sans qu'il soit fait référence à l'une ou l'autre de ses parties. Le terme « réaction » ne nous est pas non plus inconnu en science médicale, et évoque rapidement l'idée d'un stimulus, qui déclenche une réponse plus ou moins complexe, déjà organisée en nous, programmée, comme la définition nous en est donnée d'un *réflexe* ou d'un *automatisme*. Bien sûr, le terme « réaction » n'exclut pas l'intervention d'une éventuelle réponse plus élaborée et plus originale, mais il y fait moins référence là où le terme « agir » est plus volontiers préféré, *moins immédiatement* en réponse.

Concernant le « traumatisme psychique », les dictionnaires *le Larousse* [27] et *le Littré* [78] en restent à la définition de traumatisme physique. Seul *le Petit Robert* [28] ajoute comme second sens du mot « traumatisme » ; « Choc émotionnel très violent ».

R. Dantzer, dans le *Dictionnaire de psychologie* édité en 2005 [37], propose que le « stress » est « une notion empruntée à la physique qui désigne la contrainte excessive subie par un matériau. En biologie, cette notion désigne à la fois les agressions s'exerçant sur l'organisme (les agents stresseurs) et la réaction de l'organisme aux agressions. Cette réaction est non spécifique, c'est-à-dire qu'elle ne dépend pas de l'agent agresseur ou stresseur. Les physiologistes se sont surtout intéressés aux systèmes hormonaux impliqués dans la réaction de stress [...]. Les réactions hormonales aux agressions dépendent de facteurs psychiques [...]. La perception de la situation et les moyens d'y faire face sont eux-mêmes influencés par l'activité hormonale. La principale conséquence de ces interactions étroites entre hormones et comportement dans la réaction de stress est qu'il n'y a pas une seule façon de réagir à l'agression, mais plusieurs modalités réactionnelles, suivant les possibilités d'initiative du sujet et la gravité des problèmes auxquels il est confronté [...]. »

Dans le même ouvrage [37], la définition proposée par A. Braconnier du « traumatisme psychique » est surtout historique et descriptive. Seule sa note finale précise ce qu'il en est aujourd'hui de la position théorique actuelle : « En revanche, la notion de névrose traumatique, conservée par cet auteur [Sigmund Freud] et par ses successeurs, permet de maintenir l'idée originelle de l'effet névrotique d'un traumatisme réel dont la répétition dans la vie psychique montre bien l'impossibilité de l'élaboration de l'excitation psychique qui l'a engendrée ».

Comme le rappelle un autre auteur de ce même dictionnaire [37], J.-F. Allilaire, « l'angoisse », elle, désigne « une peur sans objet » ou, historiquement, « les peurs irraisonnées ». Elle vient interroger une source mentale révélée à l'occasion d'une circonstance particulière du présent, mais qui trouve son origine dans le passé.

Il faut néanmoins reconnaître et rappeler que Sigmund Freud lui-même, dans *Inhibition, symptôme et angoisse* n'oublie pas que l'angoisse, *comme résultat*, est une réalité avant tout biologique, même s'il fait grand cas des possibles *origines* psychiques de son déclenchement : « La significativité biologique de l'affect d'angoisse trouvait ses droits dès lors que l'angoisse était reconnue comme la réaction générale à la situation de danger ; le rôle du moi, comme lieu de l'angoisse était confirmé dès lors qu'était concédée au moi la fonction de produire selon ses besoins l'affect d'angoisse. » [53].

C'est dans ce second cas que nous entendons l'angoisse dans son sens le plus psychogène, et de nombreux psycho-pathologistes et psychanalystes, à travers les différents termes constitués à partir du mot allemand d'angoisse (*Angst*) et utilisés par Sigmund Freud (« angoisse automatique (*automatische Angst*) », « angoisse devant un danger réel (*Realangst*) », « signal d'angoisse (*Angstsignal*) », ...) [71], vont considérer que l'angoisse en son sens le plus strict est par définition d'origine intrapsychique, « une peur sans objet », c'est-à-dire sans objet réel extérieur.

Pour notre part, nous n'avons pas à prendre partie sur cette polémique terminologique toujours actuelle, qui masque peut-être d'autres débats. Notre utilisation du mot angoisse dans son sens strict, c'est-à-dire comme habituellement utilisé en France, est un choix purement arbitraire, mais qui nous semble le plus simple et le plus opérant pour les différentes démonstrations et discussions de notre travail.

Quoi qu'il en soit, Sigmund Freud, dans ce même texte qui nous semble fondamental, d'autant qu'il reste très ouvert à la réflexion, précise qu'il fait lui-même ce découpage : « Peut-être réussirons-nous à pénétrer un peu plus avant dans la compréhension de l'angoisse si nous nous attaquons au problème du rapport entre angoisse névrotique et angoisse de réel. » [53]. Et s'il y avait à douter que la notion de stress renvoie surtout à cette « angoisse de réel », nous pouvons nous émouvoir, justement à propos de notre sujet, que Sigmund Freud lui-aussi s'est profondément interrogé sur cette séparation.

Avant de s'individualiser en quelque sorte, Sigmund Freud considère que l'angoisse névrotique (ou « psychogène », ou au sens strict et habituel) était justement issue d'une première angoisse d'origine dont la situation, « la naissance », était le prototype : « A l'angoisse étaient ainsi assignés dans la vie ultérieure deux modes d'origine, l'un involontaire, automatique, à chaque fois économiquement justifié, lorsque s'était instauré une situation de danger analogue à celle de la naissance, l'autre produit par le moi, lorsqu'une telle situation ne faisait que menacer, pour inviter à son évitement. » [53]. Notre surprise est encore plus grande quand, s'agissant de ce prototype qu'est la naissance, Sigmund Freud parle justement de *trauma*, et quand il considère qu'il ne peut y avoir exclusivement une angoisse d'origine traumatique (qu'une « angoisse de réel ») : « Avec sa propre conception de la naissance comme trauma, de l'état d'angoisse comme réaction d'éconduite à celui-ci, de chaque nouvel affect d'angoisse comme tentative pour "abréagir" toujours plus complètement le trauma, je ne pus avancer bien loin. » [53].

Ainsi notre sujet vient éclairer la même réalité fondamentale que lors de ce moment très particulier des théories freudiennes et de leur questionnement. Le stress (avec ou sans traumatisme) et l'angoisse sont fondamentalement différents l'un de l'autre, même s'ils ont, en raisons d'une origine commune à un moment très précoce du développement psychique, un risque important d'interagir, quoique cela ne soit pas systématique (et peut-être loin de l'être...). C'est l'existence de cette interaction entre le stress (« l'angoisse de réel »), qu'il engendre ou non un trauma, et l'angoisse (« l'angoisse névrotique ») qui fera aussi l'évolution vers l'ESPT ou son absence ; laissant alors le stress là, à son simple *état* de stress et à sa fin annoncée.

De ce point de vue, nous comprenons aussi pourquoi la notion de « névrose traumatique » de Sigmund Freud garde toute son actualité dans la compréhension de l'ESPT. Quelques uns pensent de même (F. Lebigot [72] [73] [74] [75], C. Janin [65], J.-J. Lustin [10], ...) mais de nombreux auteurs actuels qui abordent ce même sujet semblent totalement faire abstraction d'un tel questionnement, jusqu'à confondre psychisme et organisme, semblant nier leur nature propre à chacun. Pour tous ces auteurs, le vécu de l'imminence de sa propre mort, est nécessaire mais aussi quasiment suffisant, sans toujours comprendre, lorsque nous les lisons, ce qui ferait alors la différence pour tous les individus qui auront aussi vécu la scène mais qui ne feront pas finalement d'ESPT. Sans vouloir clore le débat, le rôle de l'angoisse et ainsi du psychisme seraient relativement déterminants.

Tout cela étant précisé, la présentation classique et actuelle de l'état de stress et du « traumatisme » psychique que nous proposons, maintenant pour « l'état de stress » et plus loin pour le « traumatisme » psychique puis l'ESPT, s'enrichit, nous l'espérons, de cet éclairage supplémentaire.

2.3 L'état de stress. Description clinique

2.3.1 L'événement traumatique

Nous l'avons vu, l'événement traumatique est un des éléments fondamentaux du stress. Il est défini par deux éléments caractéristiques :

- Une confrontation brutale à une situation de menace d'anéantissement, de mort, de blessure grave ou pour l'intégrité physique de la personne elle-même ou d'une autre personne et, ou une situation où d'autres sont morts ou gravement blessés.

De nombreux auteurs ajoutent les situations d'annonce, consécutives au fait d'apprendre une mort violente ou inattendue, une agression grave ou une menace de mort ou de blessure, subie par un membre de la famille ou quelqu'un de proche. Le *DSM-5* retient également ces situations [4]. Parfois les termes de « victimes par ricochet » sont employés, mais ils ne font pas l'unanimité.

S'agissant de la menace d'anéantissement ou de mort, il nous semble important de rappeler ici l'idée du « vécu de l'imminence de sa propre mort » qui nous donne un bon repère de compréhension phénoménologique et qui est repris par de nombreux psycho-pathologistes.

- La réaction, la réponse de la personne, est marquée par une peur intense, une frayeur (l'effroi), un sentiment d'horreur et d'être sans espoir, un sentiment d'impuissance. Chez les enfants, la réponse doit comprendre un comportement désorganisé ou agité.

Partant de l'événement traumatique, les différents auteurs actuels distinguent classiquement la période immédiate et la période post-immédiate. Elles constituent ensemble la période dite « précoce ».

2.3.2 Les troubles immédiats brefs

Ils durent environ une dizaine de minutes habituellement, rarement quelques heures, exceptionnellement jusqu'à 48 heures. De façon quasi réflexe au vécu de l'événement, survient la réaction de stress, le plus souvent normale, adaptative. Elle est constituée de l'ensemble des réactions émotionnelles, somatiques, motrices et comportementales, en réponse à la menace ; dont la finalité est l'alarme, la mobilisation et la défense de l'individu face au danger.

Le stress peut aussi s'avérer inadapté. Certains parlent de stress « dépassé ». Ce « stress inadapté », formule actuellement retenue, est déjà considéré comme pathologique. Il concerne environ un tiers des personnes. Il s'exprime par des troubles immédiats, variables d'un individu à l'autre.

Les troubles des conduites sont au premier plan et comprennent :

- La réaction de sidération : le sujet est comme paralysé. Il est immobile, figé, hébété, silencieux (bouche bée, il semble parfois « sans voix »), incapable de se comporter autrement face au danger, de l'éviter ou de le combattre.
- L'hyperréactivité peut être considérée comme la réaction inverse de la sidération, mais tout aussi stérile. Elle consiste en une agitation désordonnée, improductive, avec des cris et des hurlements, une déambulation et des gestes incessants et incohérents. Elle gêne le plus souvent l'intervention des secours.
- La fuite panique : réaction de course affolée et éperdue. Elle est inadaptée, irrationnelle (elle ne correspond pas à un choix logique). Elle peut être particulièrement dangereuse voire mortelle (sauts dans le vide, ...).
- L'action automatique : elle rappelle « le comportement d'automate » avec des gestes répétitifs, des gestes mécaniques stéréotypés, peu adaptés à la situation. Elle donne parfois le sentiment d'une réaction normale, mais son inefficacité dans la durée permet de mieux la repérer.

Ces troubles comportementaux correspondent le plus souvent à un syndrome dissociatif qui dure lui aussi quelques minutes ou dizaine de minutes. Certains considèrent qu'il s'exprime surtout par la sidération, mais d'autres l'associent également aux autres comportements décrits. Il entraîne classiquement une restriction du champ de la conscience qui ne permet plus de percevoir, d'analyser, de comprendre et de mémoriser correctement la scène vécue. Cela provoque plusieurs phénomènes classiques :

- Des troubles de la mémoire (amnésie dissociative) avec l'oubli d'un ou de plusieurs faits importants de la situation traumatique, ou avec une absence de souvenir de celle-ci en totalité.
- L'impression d'être détaché de la scène, en dehors, « comme si je regardais un film » disent beaucoup d'entre eux. Il existe alors un sentiment associé d'irréalité, « d'être comme dans un rêve » (phénomène de déréalisation).
- L'impression de détachement est parfois affectif, avec le sentiment de ne plus rien éprouver et de ne plus réagir (phénomène de dépersonnalisation).
- Il peut exister une désorientation temporo-spatiale assez caractéristique. Il s'agit plutôt d'une perception déformée du temps et de l'espace. La personne parle d'un temps « vécu au ralenti » et d'un « espace rétréci » à la scène traumatique, parfois comme si elle était vue à travers un petit trou (vision tunnel).

A côté de ces troubles comportementaux et de ce syndrome dissociatif, d'autres phénomènes pathologiques peuvent se manifester. Il peut s'agir de pathologies dites « réactionnelles », ou d'anciennes pathologies de la personne réactivées au cours de la situation traumatique. La plupart des auteurs considèrent que c'est avant tout l'intensité de la peur ou de l'angoisse qui favorise la survenue de ces réactions pathologiques transitoires.

Elles peuvent être plutôt du registre névrotique : réaction anxieuse, réaction agressive, accès de panique, réaction hystérique, ...

Parfois, elles sont du registre psychotique : réaction délirante, accès d'allure maniaque (plus rarement mélancolique), psychose aiguë réactionnelle brève (Bouffée Délirante Aiguë, état confuso-onirique, réaction paranoïaque aiguë).

Toute pathologie ancienne, qu'elle soit psychique ou somatique, connue ou non, peut être activée ou réactivée.

2.3.3 L'état de stress aigu (ESA)

Il s'agit avant tout d'une entité décrite par le *DSM-IV* [3], actuellement par le *DSM-5* [4], et reprise depuis par la plupart des auteurs. Sa définition est d'abord critériologique, même si elle s'est enrichie peu à peu d'éléments formels plus cliniques.

Classiquement, son diagnostic est retenu en fonction de la présence et de l'absence de certains critères [3].

- Le premier critère :
- La personne a été exposée à un facteur de stress traumatique extrême tel que nous l'avons précédemment décrit dans la définition de l'événement traumatique.

- Les troubles peuvent faire suite aux troubles immédiats et les compléter. Ils apparaissent dans le mois qui suit l'événement. Ils durent plus de deux jours, mais moins d'un mois. Ils associent à nouveau des phénomènes anxieux et dissociatifs (anxiété dissociative notamment), et d'autres symptômes moins caractéristiques survenant dans les mêmes délais.

- Le second critère :

Lors du vécu de l'événement traumatique ou après l'événement, l'individu présente au moins trois des symptômes dissociatifs suivants :

- un sentiment subjectif d'émoussement, de détachement ou d'absence de réponse émotionnelle (disparition de la réactivité émotionnelle), une torpeur. Il éprouve souvent une difficulté ou une impossibilité à ressentir du plaisir dans des activités antérieurement agréables et se sent fréquemment coupable de poursuivre les tâches habituelles de la vie.

- une réduction de la conscience de son environnement, une impression de brouillard ou de déphasage ; des difficultés de concentration ;

- une déréalisation ; « vivre le monde comme irréel » ou « comme dans un rêve » ;

- une dépersonnalisation ; « se sentir détaché de son corps » ;

- une amnésie dissociative. Elle concerne classiquement un élément important et spécifique de l'événement traumatique ou l'événement dans sa totalité. Elle est souvent croissante.

Les trois critères suivants sont communs aux critères d'ESPT.

- Le troisième critère :

A la suite du traumatisme, l'événement traumatique est revécu de manière persistante. Il s'agit des reviviscences du traumatisme décrites dans le syndrome de répétition. Il peut s'agir de la survenue d'images, de pensées, de rêves ou d'illusions, d'épisodes de flash-back qui vont s'imposer à l'individu, de manière relativement réaliste (quasi-hallucinatoire parfois), risquant de le replonger dans le même état émotionnel que lors de l'événement lui-même. Il a le sentiment de revivre l'événement et la souffrance qui lui était associée. Il peut exister un phénomène d'exposition à ce qui rappelle l'événement, mais pas toujours. Il faut les distinguer des simples réminiscences qui s'apparentent plutôt à une forme de souvenirs répétés, souvent moins réalistes et fidèles à la scène, de l'ordre des représentations. Néanmoins, si ces réminiscences entraînent les mêmes phénomènes de reviviscence émotionnelle, elles sont généralement suffisantes pour retenir ce critère.

- Le quatrième critère :

Le sujet fait preuve d'un évitement marqué des stimuli qui peuvent entraîner une réactualisation ou un simple rappel du traumatisme (les lieux, les gens, les activités, ...).

- Le cinquième critère :

Le sujet présente des symptômes marqués et persistants d'anxiété ou d'hyperéveil. L'hyperéveil peut être en réponse aux stimuli rappelant le traumatisme, mais pas toujours (difficulté à s'endormir, irritabilité, mauvaise concentration, hyper-vigilance, réaction de sursaut exagéré et agitation motrice). Il peut aussi s'agir de manifestations neurovégétatives.

- Le sixième critère :

Les symptômes doivent entraîner une souffrance cliniquement significative (une détresse clinique), interférer de manière significative avec le fonctionnement habituel ou altérer la capacité du sujet à poursuivre ses obligations (obtenir l'assistance nécessaire ou mobiliser ses ressources personnelles en discutant de l'expérience traumatique avec des membres de sa famille, ...). Le domaine concerné peut être social, professionnel, ou tout autre domaine significatif.

- Le septième critère :

La perturbation dure au moins deux jours et ne persiste pas au-delà de quatre semaines après l'événement traumatique. Si les symptômes persistent au-delà de quatre semaines, le diagnostic d'ESPT peut être retenu si les critères sont remplis.

- Le huitième critère :

Les troubles ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (une substance toxique, une drogue, une intoxication alcoolique, un médicament, ...) ou d'une affection médicale générale (un traumatisme cérébral, ...) ; qui peuvent être parfois une des conséquences communes de l'exposition à un facteur de stress extrême. Ils ne sont pas mieux expliqués par un trouble psychotique bref indépendant, y compris suite à un stress extrême, et ne sont pas simplement les symptômes de l'exacerbation ou de la réactivité d'un trouble préexistant.

A ces critères sont ajoutés d'autres caractéristiques et la fréquence de certains troubles associés.

Des symptômes de désespoir et le sentiment d'être sans espoir peuvent être suffisamment sévères ou persistants pour remplir les critères d'un trouble dépressif majeur. Si le traumatisme a entraîné le décès ou la blessure grave de quelqu'un, les survivants peuvent se sentir coupables d'être demeurés indemnes ou de ne pas avoir fourni suffisamment d'aide aux autres. Les sujets ayant ce trouble s'attribuent souvent une part de responsabilité non justifiée dans les conséquences du traumatisme. Certains auteurs parlent du « syndrome du survivant » ou du « syndrome de Lazare » [22].

Les sujets peuvent négliger leur propre santé ou leur sécurité dans les suites du traumatisme. Ils peuvent présenter des comportements impulsifs et avoir tendance à prendre des risques exagérés après le traumatisme.

Les sujets présentant ce trouble ont un risque plus élevé de développer un ESPT. Il est rapporté chez les survivants d'accidents de voitures ou de crimes violents dont la réponse initiale au traumatisme était un ESA, des taux d'ESPT de 80 % approximativement (rapporté dans le *DSM-IV* [3]).

Le traumatisme peut bien sûr avoir entraîné des affections médicales générales associées qui vont devoir être prises en compte dans leur interaction (blessures, à la tête notamment, brûlures, ...).

Il existe des caractéristiques liées à la culture. Bien que certains événements soient probablement universellement vécus comme traumatiques, la sévérité et les modalités de la réaction peuvent être modulées par des différences culturelles concernant les implications de la perte.

Il peut aussi y avoir des comportements d'adaptation dictés par - et caractéristiques de - certaines cultures particulières. Par exemple, les symptômes dissociatifs survenant à la suite d'un stress aigu peuvent être au premier plan dans les cultures dans lesquelles de tels comportements sont stigmatisés.

La prévalence de l'ESA dans une population exposée à un facteur de stress traumatique sévère dépend de la sévérité et de la persistance du traumatisme et du degré d'exposition. La prévalence de l'ESA dans la population générale est inconnue.

Dans les quelques études disponibles (rapportées dans le *DSM-IV* [3] et le *DSM-5* [4]), des taux allant de 14 à 33 % d'ESA ont été rapportés chez les sujets exposés à un traumatisme sévère (être dans un accident de voiture, être témoin d'exécutions, ...).

La sévérité, la durée et la proximité de l'exposition du sujet à l'événement traumatique sont les facteurs les plus importants pour déterminer la probabilité du développement d'un ESA.

Il existe certains éléments montrant que les soutiens sociaux, les antécédents familiaux, les expériences durant l'enfance, les variables de personnalité et les troubles mentaux préexistants peuvent influencer le développement de l'ESA.

Ce trouble peut néanmoins se développer chez des sujets ne présentant aucun facteur prédisposant, surtout si le facteur de stress est particulièrement important.

La survenue de certains symptômes à la suite d'un facteur de stress extrême est ubiquitaire et souvent ne nécessite pas un diagnostic.

Pour les sujets qui ont vécu un stress extrême mais qui ne développent pas un tableau symptomatique d'ESA, un diagnostic de trouble de l'adaptation doit être envisagé.

Le diagnostic de simulation doit être éliminé dans les situations où une rétribution financière, une procédure d'indemnisation ou des déterminants médico-légaux jouent un rôle déterminant.

Ces troubles précoces pris dans leur ensemble évoluent habituellement vers la guérison.

Parfois, ils vont se poursuivre dans la continuité vers un ESPT. Souvent, il existe une période de latence asymptomatique ou pauci-symptomatique avant la survenue de l'ESPT quelques semaines plus tard.

Certains auteurs ont cherché à repérer les facteurs de mauvais pronostic d'évolution vers un ESPT [66]. Ils évoquent l'existence de symptômes dissociatifs, l'importance de la réaction d'effroi et l'ESA lui-même.

2.4 Le « traumatisme » psychique, le pare-excitation et le Moi-peau

Avant de lui donner sa place dans le déroulement de notre travail, il nous semble important de rappeler ce qu'est le pare-excitation à l'origine.

Sigmund Freud introduit le terme de pare-excitation (parfois traduit « pare-excitation(s) ») en 1920 pour désigner le système le plus périphérique du psychisme [48]. Il lui attribue la fonction de filtre, et utilise la métaphore d'enveloppe. Cet appareil vise à parer les excitations c'est-à-dire à filtrer les sources d'excitations.

En fait les excitations, ce sont les excitations à l'intérieur du psychisme... Ce qui vient de l'extérieur c'est « l'excitant »... C'est tout le génie de Freud, et la complexité de ce qui pouvait sembler simple au départ...

Le pare-excitation a bien comme objectif final d'empêcher l'excitation intrapsychique... C'est contre elle qu'il se bat. Le filtre vis-à-vis de l'extérieur n'en est qu'un moyen... En cela le pare-excitation est bien un ancêtre du « moi-peau »... Il est aussi un contenant et un organisateur de ce qui se passe à l'intérieur, indépendamment de ce rôle d'isolant vis-à-vis de l'extérieur...

2.4.1 Le « traumatisme » psychique dans une tentative de compréhension phénoménologique

Le « traumatisme » psychique correspond à la rencontre du réel de la mort [35], « une rencontre non manquée » disent certains, afin de provoquer notre réflexion. Au sens linguistique et littéral, la rencontre du réel de la mort est impossible sauf à mourir vraiment (rencontre définitive alors...). La phénoménologie nous permet de rectifier cette proposition de départ, lue dans de nombreux ouvrages et de nombreux textes. Réellement, le « traumatisme » psychique correspond « au vécu de l'imminence de sa propre mort ». Se voir mourir, c'est encore être un peu vivant. Néanmoins, il semble que l'être humain, comme probablement d'autres êtres vivants, soit doté d'un « système de survie » capable d'identifier la réalité d'une situation mortelle, sans justement qu'il s'agisse d'une possibilité dialectique ; « c'est maintenant que ça finit. C'est maintenant que je meurs ». Ces mots et bien d'autres viennent sans doute exprimer ce que la personne vit des modifications biologiques et physiologiques de son corps et qui ne peuvent avoir d'autre signification que la présence de la mort, dans une réalité indubitable. Etrange rencontre donc... La rencontre est « non manquée » au sens où c'est la mort qui nous manque...

L'approche phénoménologique nous permet peut-être d'établir une autre proposition ; le « traumatisme » psychique correspond à la rencontre du réel de la mort, telle que son vécu organique est préinscrit en nous.

« L'image de la mort n'a pas de représentation dans l'appareil psychique pour l'accueillir » lisons-nous très souvent. Image étrange à son tour, puisqu'elle est censée être en soi une représentation... De nouveau, l'approche phénoménologique permet « au vécu » de retrouver sa place et « aux représentations » la leur. C'est bien l'image telle qu'elle a été vue, vue par l'œil, visionnée par l'organisme, du « vu-vécu » pourrions nous dire. C'est aussi ce que vont exprimer beaucoup de personnes traumatisées qui parlent souvent du déroulement d'un film étrange dont elles sont spectatrices (un film sans parole mais aussi sans scénario). L'image de la mort n'est que cette vision rationnelle et froide « de la trajectoire d'une voiture qui arrive sur nous et nous tue, donc » ; ce vécu en nous de l'universalité indiscutable des théories de Newton, le savoir implicite définitif de la vulnérabilité de notre propre corps, d'autres lois encore et d'autres évidences mathématiques, toutes réunies en nous et vivantes « dans leur absolue vérité » au moment du point de non retour de s'être trop penché vers le vide. Ce moment de bascule, cette expérience rationnelle du monde inscrite dans les programmes de notre organisme, c'est ce qui vient dire qu'ici, dans cette configuration physique et géométrique, « je suis mort ». Nous lisons aussi souvent, parfois avec quelques variantes, le déroulement suivant : « Il y a effraction du pare-excitation par un afflux excessif sensoriel et émotionnel. Cet excès désorganise le pare-excitation, submerge les capacités adaptatives du sujet. L'appareil psychique n'arrive pas à métaboliser cet excès, à lui donner un sens, à faire des liens. Cette effraction de la fonction de contenance de l'appareil psychique forme une sorte de lacune dans l'appareil à représenter. »

Nous reprenons plus loin comment ce moment particulier de la désorganisation de la fonction de pare-excitation et de l'appareil psychique en général, trouve sa place dans une désorganisation plus globale de l'ensemble de l'organisme, par la multiplication et l'escalade des réactions inadaptées à l'événement traumatique. S'arrêter à l'idée que c'est la « lacune » de l'effraction d'un vécu indicible, en soi, qui fait traumatisme psychique ; ce serait oublier que le « traumatisme » (psychique) et que « l'enveloppe » (pare-excitation) sont des métaphores ; ce serait le risque de confondre le traumatisme physique et le « traumatisme » psychique.

Les approches cliniques, psychopathologiques, phénoménologiques, associées les unes aux autres, ramènent ce moment de débordement du fonctionnement psychique à une désorganisation. A tout point de vue, sa réalité en est un état dissociatif. Comme nous allons le voir, ce vécu dissociatif et son souvenir, eux, entraînent à distance le jeu de nombreuses représentations. Ils mobilisent par exemple les croyances que la personne avait d'elle-même et de son propre vécu du réel, de son rapport au monde. Pour être un peu trivial mais didactique, « certains vont s'en remettre », là où d'autres vont faire grand cas d'une expérience qui remet en question de nombreuses de leurs certitudes.

Michel De Clercq et François Lebigot dans leur ouvrage *Les traumatismes psychiques* précisent : « Ce n'est pas l'événement qui est traumatique, mais le vécu subjectif du sujet qui l'a subi. » « Ce qui fait traumatisme psychique, ce n'est pas la qualité de l'évènement traumatique mais bien la réalité de la rencontre avec le réel de la mort. » [35].

Si les répercussions de l'événement traumatique sont riches et multiples, comme le montre d'ailleurs cet important chapitre de notre travail, il est important ici de se centrer à nouveau sur l'approche phénoménologique des répercussions en termes de vécu du sujet.

Chez l'individu, le « traumatisme » psychique vient interrompre le sentiment de continuité d'exister (les patients épileptiques rapportent souvent un sentiment comparable). Pour lui, il y a une rupture, avec un avant et un après. Il est confronté à la possibilité de la mort. Il a été menacé dans son intégrité. Il a vécu un sentiment de perte d'être, d'anéantissement du sentiment de soi et a été menacé de disparition. L'ordalie touche à sa fin et échoue : « ça n'arrive plus seulement aux autres » (le destin ne le protège plus, ni sa « bonne étoile », ni son « ange gardien », ni (les) dieu(x), ni son karma, ..., et bien d'autres figures encore de l'ordalie, de la croyance certaine d'être l'*élu*, le héros d'une vie à part, ... et, de fait, tel le héros d'une histoire, de ne pouvoir mourir sans avoir accompli sa mission..., de rester protégé par une force surnaturelle... Représentations habituellement inconscientes bien sûr).

L'individu a une perception du temps modifiée, le temps peut apparaître accéléré ou au contraire suspendu.

Il vit la perception d'une rupture de la continuité temporelle, une difficulté à établir une chronologie des événements voire une superposition des faits et des dates qui se mélangent dans son esprit (« télescopage temporel »).

Le vécu d'un traumatisme se déroule différemment selon la personne qui en est victime et selon son organisation psychique. Pour une même personne, il y a également une différence dans le vécu de l'événement selon son moment de survenu dans son parcours de vie. Cette généralité que nous reprenons nous-aussi plusieurs fois dans notre travail, s'enrichit d'une nouvelle perspective si nous revenons à l'approche phénoménologique. En phénoménologie aussi le psychisme est singulier. Chaque individu a son propre rapport au temps, à l'espace, à soi, à l'autre, à la mort et à la maladie, etc., du fait de ce qu'il est et de qui il est.

En phénoménologie, chaque vécu est différent, tout en gardant le sens de sa réalité logique, son déterminisme.

C'est avec ce regard qu'il faut lire les dernières lignes de ce paragraphe. Derrière chaque vécu universel se dessine déjà la singularité du vécu de chaque individu. Et lui, ou elle, que va-t-il ou que va-t-elle en faire ? Comment vont-ils s'en débrouiller ? Comment vont-ils vivre ce vécu ?

Pour celui qui subit un « traumatisme » psychique, l'environnement devient menaçant, dépourvu de sécurité, source d'une inquiétude nouvelle où tout peut arriver.

L'imprévisibilité, la violence et la soudaineté de l'événement imposent à l'individu un état d'impuissance, un état d'effroi. « C'est comme s'il y avait un arrêt sur image, une image dépourvue de toute pensée et de toute émotion », nous décrivent de nombreuses victimes. C'est cette image qui ne devrait pas se trouver dans l'appareil psychique semble-t-il. Il est remarquable que c'est ce vécu par le patient de son propre psychisme et de la représentation qu'il s'en fait ou plutôt qu'il s'en faisait, qui semble aussi en soi l'interpeler et l'obséder. La souffrance est réelle et la réviviscence de l'événement traumatique la fait sans cesse revivre à la victime dans une tentative d'abréaction. Cette image irréprésentable, inaccessible à l'élaboration psychique, nous permet de mieux comprendre en quoi cette abréaction est impossible et pourquoi cette tentative ne va cesser de se répéter (participant fondamentalement au « syndrome de répétition »). C'est d'ailleurs aussi comme cela que les patients s'en font une idée et rapportent le vécu de leur expérience de la répétition. Leur désespoir et leur pessimisme n'ont-ils pas inspiré dans une trop grande mesure les théories psychopathologiques ? Il est de nouveau remarquable que la plupart des individus vont pourtant trouver une issue à cet « impossible », même sans aide thérapeutique.

Nous verrons plus loin qu'une souffrance d'une autre origine peut aussi venir se *révéler* à l'occasion de l'événement traumatique (une souffrance névrotique et « l'angoisse névrotique » qui lui est associée ; nous reviendrons sur ces notions) et qu'il est probable qu'elle participe grandement au maintien de « l'image in-élaborée » dans son statut « d'in-élaborable ». Pour le moment, revenons à nos questionnements phénoménologiques. La déformation professionnelle de nos métiers nous fait souvent oublier que pour un individu normal, relativement épargné par les malheurs de la vie et par l'éprouvé d'une souffrance affective intense, l'existence de son propre psychisme *va de soi*. Il a la connaissance théorique et implicite « qu'il en a sans doute un (comme tout le monde) », mais finalement sans trop y penser ou sans y penser du tout finalement. Faire l'expérience consciente de l'existence de son propre psychisme peut être en soi relativement bouleversant, comme nous le rapportent aussi nos patients en psychothérapie. Sigmund Freud nous rappelle que ce vécu peut être particulièrement douloureux. L'idée que nous nous faisons de la suprématie d'un moi conscient s'agissant de notre propre vie mentale s'effondre brutalement, laissant la place à une désillusion humiliante (« la *vexation psychologique* ») : « *Le moi n'est pas maître dans sa propre maison.* » [52]. Cette image inaccessible, étrangère, solidement enracinée dans notre intimité, c'est la perte de cette illusion que nous contrôlons ce domaine, que nous en sommes parfaitement maître, qu'il est nous et que nous sommes lui, à l'exclusion de tout autre. Elle illustre ce que réellement notre psychisme est pour nous, « ce qui y demeure et qui pourtant n'appartient pas à la maison », *inquiétante étrangeté* intime, pour reprendre une autre idée essentielle de Sigmund Freud, très proche de la précédente [52].

Dans cette situation de l'événement traumatique, l'individu nous dit qu'il s'est vu mort, que depuis il n'est plus le même qu'avant, qu'il aimerait redevenir comme avant, rire et penser comme avant et qu'il ne se reconnaît plus ; « c'est comme si ce n'était pas moi ».

L'abord phénoménologique pourrait nous donner bien d'autres éclairages et justifierait d'une étude à part entière. S'il n'est pas l'objet central de notre travail, il est sans doute un outil de compréhension de nos patients et de leurs difficultés, relativement opérant et enrichissant.

S'il fallait évoquer un dernier exemple, il est évident que par cet abord, le vécu de l'imminence de sa propre mort, le vécu de la confrontation à la mort de l'autre sous ses yeux, ou le vécu de la vision de corps sans vie ou de cadavre, constituent autant de cas de figure qui ne sont pas habituellement distingués dans une approche clinique plus classique [92].

2.4.2 Le Moi-peau

Didier Anzieu s'appuie dans son œuvre *le Moi-peau* sur la peau [5], principale enveloppe du corps, pour étudier les contenants psychiques et les fonctions du Moi.

Didier Anzieu décrit le Moi-peau comme une structure ayant une fonction de contenance et de maintenance du psychisme.

Il décrit trois fonctions à la peau :

- 1) Fonction de *sac* pour contenir et retenir le bon,
- 2) Fonction d'*écran*, c'est-à-dire de barrière protectrice du psychisme qui marque la limite avec le dehors et maintient celui-ci à l'extérieur,
- 3) Fonction de *tamis* qui permet de filtrer les échanges.

Sa théorie s'appuie sur un système de correspondance entre les fonctions du Moi et celles de la peau.

Lorsque la peau est intacte, elle permet de différencier et de poser des limites et une frontière entre ce qui dépend de Soi et ce qui dépend d'autrui. Lorsque les limites manquent, le sujet est confronté à « une incertitude » sur les frontières entre le Moi psychique et le Moi corporel.

Les failles de cette enveloppe entraînent une vulnérabilité à la blessure narcissique. Il précise que les mutilations sur la peau sont des « tentatives dramatiques de maintenir les limites du corps et du moi, de rétablir le sentiment d'être intact et cohésif ».

Ailleurs, il propose que « la profondeur de l'altération de la peau est proportionnelle à la profondeur de l'atteinte psychique ».

Plus loin, il conclue que le thérapeute joue une fonction de Moi-peau auxiliaire ou substitutif par ses paroles et par ses soins. Il insiste sur la nécessité pour l'individu de reconstruire des limites et de se redonner des frontières ; ce qui est possible avec la fonction de contenance du groupe dans la reconstruction d'une « peau de mots » car « un contenu ne saurait exister sans un rapport à un contenant ». Le groupe joue une fonction d'enveloppe qui fait tenir ensemble un ensemble d'individus.

2.5 Le « traumatisme » psychique : du stress inadapté à l'ESPT, une tentative de compréhension de ses mécanismes

Aujourd'hui, pour le Professeur Maurice Ferreri, dans son article *Historique du Psychotraumatisme majeur : repères et controverses* [45], « le traumatisme psychique est défini par l'incapacité du sujet à répondre à un événement de vie de façon adéquate, entraînant un bouleversement dans son aménagement psychique variable en intensité et en durée, reconnu par ses effets pathogènes immédiats, retardés ou différés ». Dès ce premier élément de définition, nous comprenons que le mot de « traumatisme » est bien utilisé par extrapolation ; tout effet d'un élément extérieur, sur la vie intérieure, pourrait se faire appeler « traumatisme » : « Il en est ainsi des psychonévroses de transfert dites névrose symbolique mais aussi des pathologies où prévaut la notion de psychotraumatisme unique ou répétitif lié aux situations stressantes en particulier familiales ou professionnelles : conflits, harcèlement, décès brutal, maladie grave, licenciement... Certains de ces troubles relèvent du trouble de l'adaptation. »

Au-delà de ce rapport initial, entre externe et interne, et l'idée du franchissement d'une frontière (la peau notamment), l'utilisation littérale du mot « traumatisme », s'agissant du psychisme, nous entraîne néanmoins vers une utilisation métaphorique du mot. Ni le Professeur Ferreri, ni d'ailleurs aucun auteur, ne se risque à parler d'une « blessure » du psychisme, d'une « lésion », « d'un trou ». Ici, il est seulement question de « bouleversement dans son aménagement psychique ». Dans le même article [45], il est précisé que « le mot traumatisme du grec *traumatismos* « action de blesser » et du grec *trauma* « blessure » a été adopté en psychologie par analogie avec le traumatisme physique ».

Plus loin, si nous avons encore un doute sur l'importance de l'utilisation du terme d'analogie (la mise en évidence d'une similitude de forme entre deux choses, mais qui par ailleurs sont de nature différente), le parallèle est proposé mais s'arrête là, sans intersection : « Cette image d'intensité traumatique est reprise dans la métaphore freudienne de la vésicule vivante représentant la psyché dont la membrane protectrice résiste ou se rompt sous l'action du traumatisme. » [45].

Sigmund Freud lui-même, en définissant le pare-excitation comme étant cette membrane protectrice, insiste sur le fait qu'il s'agit avant tout d'une métaphore, et qu'il est plus volontiers question d'une fonction organisatrice qui reste opérante ou qui au contraire ne peut plus jouer son rôle, ce qui entraîne une désorganisation (notamment une désorganisation des défenses propres à l'appareil psychique) [48].

Nous pouvons tenter de schématiser ce qu'il en est du processus à l'œuvre et comment il devient pathologique. Partant de l'événement ou de la situation initiale (unique ou multiple), la réaction de stress est inadaptée en raison de nombreux paramètres liés tout autant à la scène, qu'à l'individu (son état, ses capacités et son histoire), qu'à la rencontre elle-même de la scène et de l'individu (un concours de circonstance...). Les réactions émotionnelles ne permettent pas à la personne de mettre en place un comportement adapté durant l'événement et jusqu'à son issue. Le vécu lui-même de cette impuissance entraîne d'autres réactions émotionnelles plus intenses et plus archaïques, moins élaborées. Si la réponse comportementale est de nouveau inadaptée, le stress est éprouvé à son apogée et nous pouvons alors envisager que les capacités de l'organisme à pouvoir répondre sont débordées.

Sans savoir s'il s'agit des réactions ultimes ou de leur échec, l'individu présente les premiers éléments de désorganisation de son fonctionnement mental avec l'apparition des premiers symptômes dissociatifs. Les manifestations comportementales, à l'image de la dissociation, sont elles-aussi désorganisées, de la sidération à l'agitation.

A côté de cette réaction générale de l'organisme et de ses échecs répétés à s'adapter, nous pouvons questionner plus spécifiquement ce qu'il en advient du psychisme et de son fonctionnement. C'est aussi en termes de désorganisation que nous pouvons interroger ce qu'il en est. Au-delà de l'intensité émotionnelle éprouvée, la dissociation de la conscience nous fait mieux comprendre l'absence de mots et de représentations qui accompagnent l'événement traumatique (« indicible ») ; et pourquoi, à distance, l'appareil psychique tente de façon répétée de combler ce manque dans la chaîne des signifiants, par la réviviscence et son espoir d'une abréaction possible.

Afin de tenter de nous en faire une représentation plus complète, nous pouvons effectivement nous appuyer sur l'image que nous propose Sigmund Freud d'un élément psychique porteur de cette fonction d'organisation de notre psychisme ; le pare-excitation [48].

Il est particulièrement intéressant de comprendre ici que le concept de pare-excitation ne propose pas seulement l'image d'une armure protectrice contre les stimulations du monde extérieur et les excitations intrapsychiques trop importantes qu'elles pourraient entraîner. Le pare-excitation est aussi une enveloppe à l'intérieur du psychisme et envers lui. C'est bien en cela qu'il a une fonction d'organisation du psychisme lui-même et qu'il ne peut se résumer à une barrière protectrice, à une coque solide et inerte contre l'environnement.

A travers cette organisation, c'est par une fonction plus élémentaire de « contenance » des mouvements intrapsychiques internes que nous pouvons envisager ce qui fait défaut lors du « traumatisme » psychique. L'hypothèse d'une libération anarchique de ces mouvements nous apporte un éclairage sur la compréhension des manifestations cliniques du « traumatisme » psychique, signant l'échec des réactions d'adaptation du stress.

Nous comprendrons aussi plus tard, pourquoi toutes les conditions sont à ce moment-là réunies pour favoriser l'émergence d'un ESPT ou d'une névrose traumatique.

S'agissant de cette notion de « traumatisme » psychique si complexe et si polémique, nous aimerions garder à l'esprit l'existence d'une définition double ; celle d'une dimension négative et aspécifique, s'agissant de la dissociation ou de la désorganisation, et celle d'une dimension positive et spécifique, s'agissant de la révélation ou de la réactualisation de certains mouvements intrapsychiques préexistants au traumatisme actuel.

2.6 L'État de Stress Post-Traumatique (ESPT). Description clinique

Plusieurs auteurs rapportent que sous cette forme descriptive, ce syndrome est historiquement repéré chez les anciens combattants de la guerre du Vietnam.

Comme pour l'ESA, il s'agit avant tout d'une entité décrite par le *DSM* (*DSM-5* actuellement [4]) et reprise depuis par l'ensemble des auteurs. Sa définition est d'abord critériologique, même s'il s'agit aujourd'hui d'une entité pathologique à part entière, bien au-delà du *DSM*.

Classiquement, son diagnostic est retenu en fonction de la présence et de l'absence de certains critères.

- Le premier critère :

- La personne a été exposée à un facteur de stress traumatique extrême tel que nous l'avons précédemment décrit dans la définition de l'événement traumatique.

- Les troubles peuvent faire suite aux troubles précoces précédemment décrits et les compléter (pour l'ESA). Mais cette situation de continuité serait la plus rare. Ils apparaissent souvent après leur régression et après un temps de latence de durée variable. Ce temps de latence serait en moyenne d'un à deux mois. La *CIM-10* parle d'une survenue différée inférieure à 6 mois [21] ; mais pour beaucoup d'auteurs, le temps de latence peut très bien dépasser un an voire plusieurs années, comme chez quelques vétérans de la guerre du Vietnam, première population décrite.

Les phénomènes anxieux ont de nouveau une place importante, comme pour l'ESA, mais cette fois-ci la présence des autres symptômes ou des autres troubles associés est plus spécifique, et les troubles dissociatifs à proprement parler n'apparaissent quasiment plus.

Le *DSM-5* vient remettre en question ce dernier point et envisage que la présence des symptômes dissociatifs de dépersonnalisation et, ou de déréalisation doit justement être précisée, jouant probablement plusieurs rôles spécifiques, notamment pronostic [4]. Certains auteurs apportent des arguments de compréhension pour défendre la même position [7].

- Le second critère :

Le tableau clinique caractéristique est marqué par le fait de revivre de manière persistante l'événement traumatique. Ce phénomène est souvent désigné par les termes de « syndrome de répétition » ou « syndrome de réviviscence ». Sa sensibilité est de 100 %. Sa spécificité est pathognomonique si nous excluons la période qui correspond à l'ESA dans lequel nous pouvons aussi le retrouver. Comme nous l'avons déjà précisé précédemment, le sujet est soumis, de manière répétée, à l'intrusion incontrôlable de moments où il revit une partie ou la totalité de la scène traumatique ; ce qui entraîne le vécu de la même réaction émotionnelle de désarroi qu'il avait pu éprouver lors de la situation initiale.

Ces moments qui s'imposent peuvent être spontanés :

- Habituellement, le sujet a des souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement pendant la journée (réviviscences diurnes). Il peut s'agir de pensées, d'images ou de perceptions rappelant la situation traumatique. Elles s'accompagnent d'angoisse. La reviviscence peut être très réaliste, très « active ». Sa durée peut aller d'un moment instantané, subreptice à un moment durable de plusieurs minutes.
- Les réviviscences peuvent être aussi nocturnes. Le sujet peut avoir des rêves cauchemardesques répétitifs provoquant un sentiment de souffrance, durant lesquels l'événement est remis en scène ou bien représenté, rappelé. Ces rêves peuvent entraîner un sentiment de terreur avec réveil brutal.
- Plus rarement, la réviviscence entraîne un sentiment puissant et envahissant que l'événement va réellement se reproduire ou que cela est déjà le cas. Le sujet agit alors comme si l'événement se reproduisait réellement et qu'il le vivait de nouveau.

Nous retrouvons alors le même tableau clinique que lors des troubles immédiats brefs que nous avons décrit précédemment, associant des troubles du comportement et un état dissociatif (sidération stuporeuse, hyperréactivité avec agitation désorganisée, fuite panique, actions automatiques), rappelant ce qu'il avait déjà pu vivre lors de l'événement traumatique. Sa durée est de quelques secondes à plusieurs heures, voire quelques jours. Néanmoins, elle est habituellement brève, souvent désignée par les termes de « flash-backs ». Les répercussions sont souvent durables après l'épisode, laissant la personne dans un état de détresse prolongée, associé à une activation neuro-végétative rappelant celle de la situation initiale.

Ces moments qui s'imposent peuvent aussi être déclenchés ou réactionnels. La personne est exposée à des événements qui ressemblent ou symbolisent un aspect de l'événement traumatique, à un indice rappelant la situation ; parfois élémentaires : images, bruits, goûts, odeurs, sensations, lieux, personnes, conversations, ... ; parfois plus complexes et spécifiques : une date d'anniversaire, un temps et une luminosité particulière, un objet militaire rappelant la guerre ou les camps, le lieu « générique » d'un viol (un parking, un ascenseur, une voiture, ...), le reflet du soleil sur une vitre à l'étage d'un immeuble fait revivre la présence d'un sniper et déclenche automatiquement le fait de se jeter sous une voiture sans même avoir eu le temps d'en prendre la décision, ...

Ils déclenchent la réviviscence diurne comme décrite précédemment, ou des réactions de sursaut à forte charge émotionnelle, avec de nouveau une participation corporelle et neurovégétative importante.

- Une souffrance psychologique intense accompagne ces syndromes de réviviscence.
- Une réactivité physiologique intense constitue également un des éléments de ce tableau clinique.
 - Le troisième critère :

Autre élément caractéristique de l'ESPT, il existe des conduites d'évitement.

- Pour essayer d'éviter le déclenchement de réviviscences angoissantes et douloureuses, la personne réalise des efforts délibérés et durables pour se détourner de tout indice ou stimuli associé ou rappelant la situation initiale redoutée, et qui pourrait entraîner sa réactualisation : les images, les pensées, les lieux, les gens, les activités, certaines conversations, certaines sensations, ..., associés à l'événement traumatique.
- Quand certaines activités, certaines situations ou la rencontre de certaines personnes entraînent une réactualisation des souvenirs de l'événement traumatique, les efforts délibérés pour les éviter sont remarquables.

Ainsi, l'individu renonce à certaines activités, certains trajets, certains programmes de télévision, certains films ou lectures, certains projets, ...

- Cet évitement des souvenirs peut provoquer l'amnésie d'un aspect important de l'événement traumatique.
 - Le quatrième critère :

Par prolongement des conduites d'évitement, l'émoussement affectif est un autre élément constitutif de l'ESPT. Le *DSM-5* en fait un critère à part du précédent [4], au contraire du *DSM-IV* [3].

- Pour éviter également certains sentiments qui puissent rappeler la scène traumatique, un certain émoussement affectif et psychique se met en place, sorte « d'anesthésie » affective et émotionnelle. Il se manifeste par une diminution, un émoussement de la réactivité générale au monde extérieur. Il débute souvent peu de temps après l'événement traumatique, sorte d'aménagement défensif immédiat. Le sujet éprouve une diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités antérieurement sources de plaisir.
- Il peut se sentir détaché ou étranger vis-à-vis des autres.
- Il peut éprouver une capacité nettement diminuée à ressentir des émotions (particulièrement celles associées à l'intimité, à la tendresse et à la sexualité).
- Ce détachement, cet émoussement affectif, l'impression d'un avenir « bouché », sans perspective de vie future (sentiment d'un futur « amputé »), limitent l'investissement relationnel et entraînent un handicap social (ne s'attend plus à avoir une carrière, à se marier, à avoir des enfants ou à avoir un cours normal de la vie).
- Le *DSM-5* [4] ajoute au *DSM-IV* [3] la place importante des symptômes d'engourdissement émotionnel, le blâme persistant par rapport à soi ou à autrui, et les émotions négatives persistantes de l'humeur (peur, horreur, colère, culpabilité ou honte).

- Le cinquième critère :

Dernier élément caractéristique de l'ESTP, il existe une hyper-vigilance, des troubles du sommeil et d'autres symptômes persistants d'hyper-activation neurovégétative. Le *DSM-5* [4] ajoute au *DSM-IV* [3] l'hyperréactivité.

Le sujet présente des symptômes marqués et persistants d'anxiété ou d'hyperéveil qui n'étaient pas présent avant le traumatisme.

L'hyperéveil peut être en réponse aux stimuli rappelant le traumatisme, mais pas toujours. L'hyper-vigilance à l'environnement peut aussi être source d'angoisse, elle-même favorisant l'hyperréactivité neurovégétative, et par conséquent, en partie, la survenue de reviviscences, des réactions de sursaut et des moments d'agitation motrice. Par exaspération, elles vont à leur tour entraîner irritabilité et crises de colère. Le *DSM-5* [4] ajoute au *DSM-IV* [3] l'importance du comportement autodestructeur ou imprudent.

Il peut exister une difficulté à s'endormir, avec reviviscences hypnagogiques au moment de la baisse de vigilance de l'endormissement, mais pas toujours. Le maintien du sommeil peut également être difficile, interrompu par des cauchemars répétitifs durant lesquels l'événement traumatique est revécu, mais pas toujours. Un enregistrement polysomnographique peut montrer une augmentation du temps de latence d'apparition du sommeil paradoxal (« sommeil des rêves »), et une réduction de sa durée (comme lors de la dépression).

La réactivité neurovégétative permanente peut être favorisée par la confrontation aux stimuli qui rappellent l'événement traumatique, mais pas seulement. Elle correspond surtout à une activation trop fréquente et trop intense des systèmes adrénergique et sympathique (fréquence cardiaque et respiratoire accélérées, pâleur, sueur, ... ; contraction algique de certains viscères gastro-intestinaux et urinaires avec parfois vomissements et diarrhées, brusques envies d'uriner ou mictions irrépressibles ; ...).

Les manifestations anxieuses sont permanentes et d'origines multiples : syndrome de reviviscence, évitements, hyper-vigilance, hyperréactivité neuro-végétative, ...

Une autre anxiété plus psychogène est liée aux craintes que le sujet peut éprouver envers lui-même, notamment s'agissant de ses capacités à retrouver la maîtrise de ses pensées, de ses émotions et de son existence.

Les manifestations dépressives sont toujours présentes et il est fréquent qu'il existe un trouble dépressif caractérisé associé (comorbidité), dont la présence est de mauvais pronostic évolutif. Le plus souvent, la dimension dépressive s'aggrave avec le temps.

Les troubles cognitifs, de la concentration et de l'attention sont dus aux nombreux phénomènes qui viennent parasiter les processus de pensée (syndrome de répétition et efforts d'évitement, les différents symptômes qui perturbent les fonctions instrumentales, la pensée et la mémoire de travail). Ces troubles entraînent des difficultés dans la réalisation des tâches du quotidien. De la même manière, la mémoire affective, notamment biographique, est scotomisée, envahie par des souvenirs douloureux et péjoratifs.

Il peut exister des troubles corporels somatoformes associés (asthénie, algies, ...), parfois conversifs avec des paralysies transitoires. Il peut exister des troubles psychosomatiques (blanchiment partiel ou total des cheveux, calvitie, poussées d'eczéma ou de psoriasis, déclenchement de diabète, dysthyroïdie, troubles du rythme cardiaques, ...).

- Le sixième critère :

Le tableau symptomatique complet doit être présent durant plus d'un mois.

- Le septième critère :

Les symptômes doivent entraîner une souffrance cliniquement significative (une détresse clinique), interférer de manière significative avec le fonctionnement habituel ou altérer la capacité du sujet à poursuivre ses obligations. Le domaine concerné peut être social, professionnel, ou tout autre domaine significatif.

- Le huitième critère :

Les troubles ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (une substance toxique, une drogue, des intoxications alcooliques, un médicament, un abus de substance psychotrope, ...) ou d'une affection médicale générale (un traumatisme cérébral, ...). Ils ne sont pas mieux expliqués par un trouble psychotique bref indépendant, y compris suite à un stress extrême, et ne sont pas simplement les symptômes de l'exacerbation ou de la réactivité d'un trouble préexistant.

A ces critères sont ajoutés d'autres caractéristiques et la fréquence de certains troubles associés.

Le *DSM-5* propose une liste non limitative d'événements traumatiques qui sont vécus directement [4].

Il nous semble important de rapporter quelques observations :

Le trouble peut être particulièrement sévère ou prolongé quand le facteur de stress est lié à une activité humaine, de nature interpersonnelle (torture, viol et abus sexuel ou physique notamment dans l'enfance, mauvais traitements domestiques, prise d'otage ou kidnapping, incarcération en tant que prisonnier de guerre ou dans un camp de concentration, ...).

Pour reprendre nos définitions initiales, la gravité est plus grande quand il y a *un agresseur* derrière l'agression ; *un autre*. Cette particularité du traumatisme, non accidentel, sans catastrophe naturelle, où l'autre est responsable intentionnellement de l'événement traumatique, semble provoquer une symptomatologie plus spécifique ou plus spécifiquement fréquente : une altération de la modulation des affects ; un comportement autodestructeur et impulsif ; des symptômes dissociatifs plus présents ; des plaintes somatiques plus prépondérantes ; des sentiments d'inefficience, de honte, de désespoir, ou d'être sans espoir plus fréquents ; un sentiment de n'être plus comme avant ; une perte des croyances antérieures ; une hostilité ; un repli social ; un sentiment d'être constamment menacé plus prégnant ; une altération des relations avec autrui plus sévère ; une modification des caractéristiques de la personnalité antérieure du sujet plus remarquable et fréquente.

La probabilité de développer ce trouble peut augmenter en fonction de l'intensité et de la proximité physique du facteur de stress.

L'événement traumatisant peut être revécu de diverses manières.

Les caractéristiques suivantes peuvent être utilisées pour spécifier le début et la durée des symptômes de l'ESPT :

- Aigu : les symptômes persistent moins de trois mois.
- Chronique : les symptômes persistent trois mois ou plus.
- Avec survenue différée : latence d'au moins 6 mois.

Comme lors de l'ESA, les sujets atteints d'un ESPT peuvent éprouver des sentiments de culpabilité douloureuse d'avoir survécu alors que d'autres n'ont pas survécu ou en raison de ce qu'elles ont dû faire pour survivre (« syndrome du survivant » ou « syndrome de Lazare » [22]).

Des conduites d'évitement peuvent interférer avec les relations interpersonnelles et conduire à des conflits conjugaux, au divorce ou à une perte d'emploi.

Des hallucinations auditives et des idées délirantes peuvent être présentes dans certains cas sévères et chroniques.

L'ESPT est associé à des taux élevés de trouble dépressif majeur, de troubles liés à l'utilisation d'une substance, de trouble panique, d'agoraphobie, de trouble obsessionnel-compulsif, de trouble anxiété généralisée, de phobie sociale, de phobie spécifique et de trouble bipolaire. Ces troubles peuvent soit précéder, soit suivre, soit apparaître en même temps que l'ESPT.

L'augmentation du niveau d'éveil peut être mesurée par des enregistrements du fonctionnement du système neuro-végétatif (fréquence cardiaque, électromyographie, activité des glandes sudoripares, ...).

Des blessures physiques peuvent survenir comme conséquence directe du traumatisme. L'ESPT chronique peut être associé à une fréquence accrue de plaintes somatiques et d'affections médicales générales.

Les sujets qui ont récemment immigré de zones d'instabilité sociale et de conflits civils importants peuvent présenter des taux élevés d'ESPT.

De tels sujets peuvent être particulièrement réticents à divulguer des expériences de torture et de traumatisme du fait de leur statut précaire d'immigrant politique.

Des évaluations spécifiques des expériences traumatiques et des symptômes concomitants sont nécessaires chez de tels individus.

L'ESPT peut survenir à tout âge y compris durant l'enfance.

Chez les jeunes enfants, des rêves de l'événement, source de souffrance, peuvent en quelques semaines se changer en cauchemars généralisés de monstres, de sauvetage des autres ou de menaces vis-à-vis de soi ou des autres. Les jeunes enfants n'ont habituellement pas le sentiment qu'ils sont en train de revivre le passé ; le fait de revivre le traumatisme peut plutôt survenir à travers des jeux répétitifs (ou des dessins). Dans la mesure où il peut être difficile pour les enfants de faire état d'une diminution des intérêts pour les activités significatives et d'une restriction des affects, ces symptômes doivent être soigneusement évalués à partir des comptes rendus des parents, des enseignants et d'autres observateurs. Chez les enfants, le sens d'un futur sans lendemain peut se traduire par une croyance que la vie sera trop courte pour pouvoir devenir un adulte. Il peut également y avoir une « création de présages » ; l'enfant peut croire avoir la capacité de prévoir de futurs événements malheureux. Les enfants peuvent également présenter des symptômes physiques variés tels que des gastralgies ou des céphalées.

Dans le *DSM-5* apparaît pour la première fois l'« ESPT préscolaire » (*PTSD Preschool Subtype*) pour les enfants jusqu'à l'âge de six ans [4].

Les études faites en population générale (rapportées par le *DSM-IV* [3] et le *DSM-5* [4]) révèlent une prévalence sur la vie de l'ESPT de 8 % approximativement, chez les adultes aux États-Unis.

Dans le *DSM-5* [4], des études montrent des estimations inférieures de la prévalence de ce trouble, en Europe, dans la plupart des pays d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine, s'élevant à environ 0,5-1,0 %.

Les études de sujets à risque (des groupes exposés à des incidents traumatisants spécifiques) rapportent des données variables avec les taux les plus élevés (allant du tiers à plus de la moitié des sujets exposés) chez les survivants de viols, de combats et de détention militaires, et de génocide et d'internements ethniques ou politiques.

Les symptômes et l'importance relative de la reviviscence, de l'évitement et des symptômes d'hyperéveil peuvent varier dans le temps.

La durée des symptômes est variable avec une guérison complète survenant en trois mois dans environ la moitié des cas alors que de nombreux autres sujets ont des symptômes qui persistent plus de douze mois après le traumatisme.

Dans certains cas, l'évolution est émaillée de périodes d'amélioration et d'aggravation des symptômes.

Une réactivation des symptômes peut survenir en réponse à certains éléments rappelant le traumatisme initial, à des stress liés à la vie, ou bien à de nouveaux événements traumatisants.

La sévérité, la durée, et la proximité de l'exposition d'un sujet à l'événement traumatique sont les facteurs les plus importants dont dépend la probabilité de développer ce trouble.

Les soutiens sociaux, les antécédents familiaux, les expériences durant l'enfance, les variables de personnalité et les troubles mentaux préexistants peuvent influencer le développement de l'ESPT.

Ce trouble peut se développer chez des sujets ne présentant aucun facteur prédisposant, surtout si le facteur de stress a été particulièrement important.

Il existe des données en faveur d'une composante héréditaire dans l'apparition de l'ESPT (rapportées par le *DSM-IV* [3]).

Des antécédents de dépression chez les apparentés de premier degré ont été associés à une augmentation de la vulnérabilité par rapport au développement d'un ESPT.

Dans l'ESPT, le facteur de stress doit être de nature extrême (mettant en jeu la vie) et le tableau clinique caractéristique. Dans les cas contraires, un diagnostic de trouble de l'adaptation doit être envisagé.

Les éléments psychopathologiques qui surviennent chez des sujets exposés à un facteur de stress extrême ne doivent pas tous être systématiquement attribués à un ESPT.

Le diagnostic de simulation doit être éliminé dans les situations où une rétribution financière, une procédure d'indemnisation ou des déterminants médico-légaux jouent un rôle déterminant.

- Evolution des ESPT

L'évolution est favorable dans la majorité des cas.

En fonction des différents auteurs, des différents traumatismes et des différentes populations concernées ; la disparition des troubles est constatée chez près de 50 % des patients à 3 mois, et chez 60 à 80 % des patients à un an.

Inversement, l'évolution peut être de mauvais pronostic chez 20 % des patients à 5 ans.

Généralement, le syndrome de réviviscence régresse progressivement, mais pas dans tous les cas.

Le plus souvent, ce sont surtout les manifestations du cinquième critère qui restent présentes et se chronicisent : l'hyper-vigilance, les troubles du sommeil, les autres symptômes persistants d'hyper-activation neurovégétative, et l'hyperréactivité. Leur expression peut être variable dans le temps, mais permanente. Cette évolution constitue « l'ESPT chronique ».

Une autre forme évolutive est relativement fréquente. Les manifestations spécifiques de l'ESPT régressent, avec parfois la persistance d'un syndrome de réviviscence minimal, mais elles laissent la place aux différentes conséquences, complications et comorbidités, qui évoluent vers l'aggravation, les récurrences et la chronicité. La plupart des troubles anxieux et dépressifs peuvent se retrouver, souvent de manière associée. Le trouble anxieux généralisé, la dysthymie et la récurrence dépressive sont les plus fréquents, mais n'excluent pas l'ensemble des autres troubles névrotiques. Les conduites addictives sont extrêmement fréquentes, parfois sévères (alcoolisme, toxicomanie, abus de psychotropes, poly-toxicomanie).

D'autres troubles des conduites sont souvent associés ; des troubles des conduites alimentaires, des troubles des conduites sexuelles, des conduites à type d'échec, des conduites de mise en danger ou suicidaires.

Ces deux modalités évolutives ainsi distinguées peuvent également s'associer, sans que cela soit rare.

Leur chronicité entraîne un remaniement de l'organisation et du fonctionnement de la personnalité ; avec une instabilité dans la plupart des domaines de l'existence, une dysphorie, des troubles du caractère (irritabilité, susceptibilité, intolérance à la frustration, accès de colère, comportements et attitudes auto- et, ou hétéro-agressives, ...), une pathologie de la relation avec dépendance anaclitique, parfois un *abandonnisme*, des positions relationnelles régressives et immatures, parfois un infantilisme, une ambivalence parfois à la limite du clivage entre une quête affective impossible à combler et une quête d'autonomie, d'indépendance et de liberté tout aussi inaccessible. Quelques observateurs voient dans cette évolution, des troubles de la personnalité qui rappellent volontiers « les personnalités dépendantes » et « les personnalités émotionnellement labiles de type borderline », notamment telles qu'elles sont décrites par la *CIM-10* (F60.7 et F60.31) [21]. Il faut d'ailleurs rappeler que pour la seconde, la physio-psychopathologie interroge la plus grande fréquence des antécédents de vécus psycho-traumatiques lors de l'enfance, de l'adolescence ou plus tard, lors de l'âge adulte, des sujets concernés.

2.7 Nosologie

2.7.1 La *CIM-10*

Nous reprenons ici la liste des codes diagnostiques de la *CIM-10* concernant notre travail [21]. Leur détail descriptif propose une autre forme de présentation des entités médicales que nous venons d'étudier, mais sans aucune contradiction. Pour que notre travail soit exhaustif, il nous semble important que cette présentation puisse trouver sa place au sein même de notre texte. De plus, elle constitue un réel complément de notre approche, complément qui reste relativement pertinent. Classiquement, elle n'est pas critériologique à la manière du *DSM*.

F43 : Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation

Cette catégorie est différente des autres dans la mesure où sa définition ne repose pas exclusivement sur les symptômes et l'évolution, mais également sur l'un ou l'autre des deux facteurs étiologiques suivants : un évènement particulièrement stressant entraînant une réaction aiguë à un facteur de stress, ou un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet, comportant des conséquences désagréables et durables et aboutissant à un trouble de l'adaptation. Des facteurs de stress psychosociaux relativement peu sévères parmi des évènements de la vie (*life events*) peuvent précipiter la survenue ou influencer le tableau clinique d'un grand nombre de troubles classés ailleurs dans ce chapitre, mais il est toujours possible de leur attribuer un rôle étiologique, d'autant plus qu'il faut prendre en considération des facteurs de vulnérabilité, souvent idiosyncrasiques, propres à chaque individu. En d'autres termes, ces évènements de la vie ne sont ni nécessaires ni suffisants pour expliquer la survenue et la nature du trouble observé.

En revanche, on admet que les troubles réunis dans cette catégorie sont toujours la conséquence directe d'un facteur de stress aigu important ou d'un traumatisme persistant. Les événements stressants ou les troubles réunis dans ce chapitre peuvent ainsi être considérés comme des réponses inadaptées à un facteur de stress sévère ou persistant dans la mesure où ils interfèrent avec des mécanismes adaptatifs efficaces et conduisent ainsi à des problèmes dans la fonction sociale.

F43.0 : Réaction aigüe à un facteur de stress

Trouble transitoire, survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental manifeste, à la suite d'un facteur de stress physique et psychique exceptionnel et disparaissant habituellement en quelques heures ou en quelques jours. La survenue et la gravité d'une réaction aigüe à un facteur de stress sont influencées par des facteurs de vulnérabilité individuels et par la capacité du sujet à faire face à un traumatisme. La symptomatologie est typiquement mixte et variable et comporte un état d'« hébétude » caractérisé par un certain rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, une impossibilité à intégrer des stimuli et une désorientation. Cet état peut être suivi d'un retrait croissant vis-à-vis de l'environnement (pouvant aller jusqu'à une stupeur dissociative – voir F44.2) ou d'une agitation avec hyperactivité (réaction de fuite ou fugue). Le trouble s'accompagne fréquemment des symptômes neurovégétatifs d'une anxiété panique (tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur). Les symptômes se manifestent habituellement dans les minutes suivant la survenue du stimulus ou de l'évènement stressant et disparaissent en l'espace de deux à trois jours (souvent en quelques heures). Il peut y avoir une amnésie partielle ou complète (F44.0) de l'épisode. Quand les symptômes persistent, il convient d'envisager un changement de diagnostic.

Sont inclus dans ce cadre :

- Choc psychique
- État de crise
- Fatigue de combat
- Réaction aigüe (au) (de) :
 - Crise
 - Stress

Des sous-catégories sont définies :

F43.00 : Réaction aigüe légère à un facteur de stress

F43.01 : Réaction aigüe moyenne à un facteur de stress

F43.02 : Réaction aigüe sévère à un facteur de stress

F43.1 : État de stress post-traumatique

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique, et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, tels certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont toutefois pas nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome.

Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'évènement traumatique, dans des souvenirs envahissants (flash-backs), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable d'« anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperéveil neurovégétatif, avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (F62.0).

Est incluse dans ce cadre :

- Névrose traumatique

F43.2 : Troubles de l'adaptation

Etat de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou à un évènement stressant. Le facteur de stress peut entraver l'intégrité de l'environnement social du sujet (deuil, expériences de séparation) ou son système global de support social et de valeurs sociales (immigration, statut de réfugié); ailleurs, le facteur de stress est en rapport avec une période de transition ou de crise au cours du développement (scolarisation, naissance d'un enfant, échec dans la poursuite d'un but important, mise à la retraite).

La prédisposition et la vulnérabilité individuelles jouent un rôle important dans la survenue et la symptomatologie d'un trouble de l'adaptation ; on admet toutefois que le trouble ne serait pas survenu en l'absence du facteur de stress concerné. Les manifestations, variables, comprennent une humeur dépressive, une anxiété ou une inquiétude (ou l'association de ces troubles), un sentiment d'impossibilité à faire face, à faire des projets, ou à continuer dans la situation actuelle, ainsi qu'une certaine altération du fonctionnement quotidien. Elles peuvent s'accompagner d'un trouble des conduites, en particulier chez les adolescents. La caractéristique essentielle de ce trouble peut consister en une réaction dépressive, de courte ou de longue durée, ou une autre perturbation des émotions et des conduites.

Sont inclus dans ce cadre :

- Choc culturel
- Hospitalisme chez l'enfant
- Réaction de deuil

Est exclue de ce cadre :

- Angoisse de séparation de l'enfance (F93.0)

Des sous-catégories sont définies :

F43.20 : Réaction dépressive brève

F43.21 : Réaction dépressive prolongée

F43.22 : Réaction mixte, anxieuse et dépressive

F43.23 : Trouble de l'adaptation, avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions

F43.24 : Trouble de l'adaptation, avec prédominance d'une perturbation des conduites

F43.25 : Trouble de l'adaptation, avec prédominance d'une perturbation mixte des émotions et des conduites

F43.28 : Trouble de l'adaptation, avec prédominance d'une perturbation d'autres symptômes précisés

F43.8 : Autres réactions à un facteur de stress sévère

F43.9 : Réaction à un facteur de stress sévère, sans précision

F62.0 : Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe

Modification durable de la personnalité, persistant au moins deux ans, à la suite de l'exposition à un facteur de stress catastrophique. Le facteur de stress doit être d'une intensité telle qu'il n'est pas nécessaire de se référer à une vulnérabilité personnelle pour expliquer son effet profond sur la personnalité. Le trouble se caractérise par une attitude hostile ou méfiante envers le monde, un retrait social, des sentiments de vide ou de désespoir, par l'impression permanente d'être « sous tension » comme si on était constamment menacé et par un détachement. Un état de stress post-traumatique (F43.1) peut précéder ce type de modification de la personnalité.

Sont incluses dans ce cadre :

- Modification de la personnalité après :
 - captivité prolongée avec risque d'être tué à tout moment
 - désastres
 - expériences de camp de concentration

- exposition prolongée à des situations représentant un danger vital, comme le fait d'être victime du terrorisme
- torture

Est exclu de ce cadre :

- Etat de stress post-traumatique (F43.1)

2.7.2 Le *DSM-5*

Nous reprenons aussi les critères actuels non détaillés du Trouble stress aigu, du Trouble stress post-traumatique et du Trouble stress post-traumatique préscolaire du *DSM-5* [4], pour apporter un éclairage schématique au déroulement de notre travail.

- Critères diagnostiques du Trouble stress aigu du *DSM-5* [4]

Le Trouble stress aigu est retenu si les conditions A à E sont retrouvées.

A) La personne a été exposée à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plus) des façons suivantes :

1. la personne a été directement exposée à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. la personne a été un témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. la personne a appris qu'un ou plusieurs événements traumatiques est/sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche.

4. la personne a été exposée de manière répétée ou extrême à des caractéristiques aversives du ou des phénomènes traumatiques.

B) La personne présente neuf (ou plus) des symptômes suivants de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes : symptômes envahissants, humeur négative, symptômes dissociatifs, symptômes d'évitement et symptômes d'éveil, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

Symptômes envahissants

1. souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

2. rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

3. réactions dissociatives au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire.

4. sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

Humeur négative

5. incapacité persistante d'éprouver des émotions positives.

Symptômes dissociatifs :

6. altération de la perception de la réalité, de son environnement ou de soi-même.

7. incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques.

Symptômes d'évitement

8. efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

9. efforts pour éviter les rappels externes qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

Symptômes d'éveil

10. perturbation du sommeil.

11. comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

12. hypervigilance.

13. difficultés de concentration.

14. réaction de sursaut exagérée.

C) La durée de la perturbation (des symptômes du critère B) est de 3 jours à un mois après l'exposition au traumatisme.

D) La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E) La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale, et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref.

- Critères diagnostiques du Trouble stress post-traumatique dans le *DSM-5* [4]

Le Trouble stress post-traumatique est retenu si les conditions A à H sont retrouvées.

A) La personne a été exposée à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. la personne a été directement exposée à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. la personne a été un témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. la personne a appris qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche.
4. la personne a été exposée de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques.

B) La personne présente un (ou plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
2. rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

3. réactions dissociatives au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire.

4. sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5. réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C) Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2. évitement ou efforts pour éviter les rappels externes qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments, associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D) Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques.

2. croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde.

3. distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.

4. état émotionnel négatif persistant.

5. réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

6. sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

7. incapacité persistante d'éprouver des émotions positives.

E) Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

2. comportement irréfléchi ou autodestructeur.

3. hypervigilance.

4. réaction de sursaut exagérée.

5. problèmes de concentration.

6. perturbation du sommeil.

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

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

H) La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

- Critères diagnostiques du Trouble stress post-traumatique de l'enfant de 6 ans ou moins du *DSM-5* [4]

Le Trouble stress post-traumatique de l'enfant de 6 ans ou moins est retenu si les conditions A à G sont retrouvées.

A) L'enfant a été exposé à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. L'enfant a été directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. L'enfant a été un témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant.
3. L'enfant a appris qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un parent ou à une personne prenant soin de l'enfant.

B) L'enfant présente un (ou plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou à plusieurs événements traumatiques ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

2. rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

3. réactions dissociatives au cours desquelles l'enfant se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire.

4. sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5. réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices rappelant le ou les événements traumatiques.

C) Un (ou plusieurs) des symptômes suivants, représentant soit un évitement persistant de stimuli associés à l'événement/aux événements traumatiques, soit des altérations des cognitions et de l'humeur associées à l'événement/aux événements traumatiques, doivent être présents et débiter après le ou les événements ou s'aggraver après le ou les événements traumatiques :

Evitement persistant de stimuli

1. évitement ou efforts pour éviter des activités, des endroits ou des indices physiques qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques.

2. évitement ou efforts pour éviter les personnes, les conversations ou les situations interpersonnelles qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques.

Altérations négatives des cognitions

3. augmentation nette de la fréquence des états émotionnels négatifs.

4. réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces activités, y compris le jeu.

5. comportement traduisant un retrait social.

6. réduction persistante de l'expression des émotions positives.

D) Changements marqués de l'éveil et de la réactivité associés à l'événement/aux événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

2. hypervigilance.

3. réaction de sursaut exagérée.

4. difficultés de concentration.

5. perturbation du sommeil.

E) La perturbation dure plus d'un mois.

F) La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération des relations avec les parents, la fratrie, les pairs, d'autres aidants ou une altération du comportement scolaire.

G) La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

2.8 La névrose traumatique

Dans son approche clinique, ce terme rassemble l'ensemble des symptômes retardés en rapport avec un « traumatisme » psychique intervenant sur une structure névrotique.

Le syndrome de répétition en est pathognomonique, si nous tenons à l'écart l'ESA et sa temporalité spécifique. D'emblée, nous comprenons que l'ESPT et la « névrose traumatique » se recoupent ainsi sur la même entité, mais par des approches très éloignées ; clinique et critériologique (a-théorique) pour la première, clinique et psychopathologique pour la seconde. La clinique en est la même et nous n'allons pas la reprendre ici.

Dans le cadre de cette approche, en tant que « névrose traumatique », cette entité se complète du questionnement psychopathologique. L'individu a le sentiment de revivre l'évènement mais il existe une sorte de paradoxe. Plus il cherche à oublier l'évènement traumatique, plus celui-ci occupe l'espace psychique disponible, plus il s'impose et se répète, la nuit, sous forme de cauchemars, et le jour, sous forme de flashback, de ruminations mentales, d'hallucinations, d'illusions.

Le sentiment est d'abord celui d'une tentative répétée d'abréaction de l'évènement traumatique [48]. Elle n'est d'ailleurs pas toujours inefficace puisque chez certains patients les manifestations de la névrose traumatique vont s'amender jusqu'à disparaître.

Nous pouvons d'ailleurs remarquer que la plupart des interventions thérapeutiques immédiates ou précoces, ou d'autres thérapeutiques plus à distance (Thérapies Cognitivo-Comportementales, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, hypnose, ...) s'appuient finalement sur cette même tentative d'abréaction.

Dans une ultime perspective néanmoins, et en ayant à l'esprit ce que nous avons détaillé de notre compréhension du « traumatisme » psychique ; l'événement traumatique et les réactions qu'il entraîne révéleraient également certains mouvements intrapsychiques préexistants. Il s'agirait d'anciens traumatismes et surtout d'anciens conflits ou d'anciennes problématiques intrapsychiques non résolus. Souvent « latents » et inconscients avant l'événement traumatique, ils vont de nouveau s'exprimer, se manifester, tout en se remaniant dans « l'après coup » de l'événement. Comme nous l'avons proposé précédemment, ils vont alors ajouter au vécu du stress celui de « l'angoisse névrotique » qui leur est associée, marquée par les sentiments de frustration et surtout de culpabilité. Au stress initial (« angoisse de réel ») s'ajoute l'angoisse (« angoisse névrotique »). La « névrose traumatique » trouve alors son destin de *névrose* à part entière ; compromis symptomatique de souffrances irrésolues, qui trouvent à travers elle la possibilité de se manifester, tout en gardant secrètes leurs origines réelles.

C'est justement en repartant de la réactivation et de la réactualisation de cette souffrance originelle par le traumatisme actuel, que le psychothérapeute psychanalyste tente d'aider le sujet à faire surgir ses propres associations signifiantes. Ce travail d'élaboration introspectif permet d'aborder les sources originelles réelles de « l'angoisse névrotique » et de la culpabilité intrapsychique, tout en réalisant la nature non rationnelle de cette souffrance. La dynamique névrotique à l'œuvre dans le syndrome de répétition n'a plus lieu d'être alors. Elle s'amointrit jusqu'à disparaître. De l'événement traumatique, il ne reste plus alors qu'un « mauvais souvenir », sans autre sens que sa réalité rationnelle de stress. L'événement traumatique ne raconte plus rien..., plus rien d'autre que l'événement lui-même...

3. Approche de l'exil par le traumatisme

3.1 Qu'est-ce qui rend le voyage pathologique ?

Alors que le migrant en situation de fuite est habité par la quête d'un idéal et l'espoir de trouver « un paradis » lui assurant une vie meilleure et une amélioration de sa condition, il doit faire face à de nombreuses difficultés lors de son arrivée dans le pays d'accueil.

Qu'est-ce qui rend le voyage pathologique ?

1) Un voyage non préparé ou insuffisamment préparé

Lorsque le voyage se décide dans des conditions d'urgence et qu'il n'a pas pu être organisé, la personne en situation d'exil se retrouve sur une terre d'accueil sans garantie d'hébergement et de stabilité. Pour François Duparc, quand le choix de quitter le pays n'existe pas, « le deuil du pays d'origine est donc plus difficile » et « ils [les réfugiés] n'ont pas eu de temps préalable, ni l'état psychique favorable, pour se préparer à la nouvelle culture dont ils vont devoir s'imprégner » [39].

2) Un accueil qui n'est pas celui escompté

Un individu fuyant son pays avec l'espoir de trouver une terre d'accueil sécurisante peut se confronter à l'hostilité des habitants du pays d'accueil. Le vécu de discrimination complique l'intégration. Pour Alberto Eiguier, psychiatre et psychanalyste français, « la peur ou l'ignorance d'une autre culture serait une des réactions défensives face à la peur ou à l'ignorance de l'étranger en soi » [40]. En 2012, Sophie Fierdepied et ses collègues, par un travail de recherche sur le phénomène d'exclusion sociale, ont mis en évidence la dimension traumatogène de l'exclusion sociale [46].

3) La barrière linguistique

La langue, outil d'échange et de communication ; lorsque celle du pays d'accueil n'est pas maîtrisée, le migrant se trouve face à une incompréhension. Il ne comprend pas ce qui lui est dit mais ne peut pas s'exprimer non plus, ce qui rend ses démarches administratives compliquées. Il est dit aussi parfois que c'est l'incompréhension qui favorise les jugements, les interprétations et les préjugés... Comprendre l'autre c'est ne plus avoir à le juger.

4) Le décalage et les obstacles culturels

Le migrant doit faire face à un décalage culturel entre son pays d'origine et le pays d'accueil ; décalage qui peut le heurter, ou qui peut heurter l'autre. Dans un article de 2009, Annie Elisabeth Aubert et Isam Idris écrivent : « La migration affecte le migrant lui-même, l'environnement d'où il vient et celui où il s'installe. » [8]. Pour Di Charles et Moro Marie-Rose, « au contact d'une autre culture, le sujet se transforme, devient métis, [...] » et, plus loin, « une bonne partie de ces difficultés [du sujet pris entre les cultures] peut être soulagée si le sujet fait des rencontres l'introduisant dans le nouveau monde à petite dose » [36].

5) La perte du cadre traditionnel, la perte des référentiels culturels

L'absence de point d'ancrage, ne pas retrouver des points de références pouvant lui rappeler ce qui fait qu'il se sent lui-même, un *être humain*, un individu sur la Terre, un homme appartenant à un groupe, à une culture ; conduit à ce sentiment, d'abord au sens propre mais peut-être aussi au sens figuré, « *qu'il est perdu* » (« perdu, sans repères », « perdu, face à une mort imminente »).

Il doit faire face à des difficultés d'adaptation au nouveau milieu, à des gestes différents, une langue différente, des coutumes différentes. Pour J.C Scotto et ses collègues, « l'un des risques les plus sérieux est d'aboutir à une personnalité syncrétique à l'identité « en miettes », terrain fort propice à l'éclosion d'une pathologie psychique » [89].

Toujours dans son article de 2007, Alberto Eiguer, émet l'hypothèse que l'adaptation du migrant à une autre culture requiert la déformation de son self, plus précisément un aménagement d'une partie de son self sous forme de faux-self, construisant ainsi une figure en faux. Cet aménagement permettrait au migrant de préserver un lien intime avec sa culture d'origine et de lui éviter de souffrir [40].

6) Le déracinement

La séparation d'avec les siens, la privation de tout ce qui fondait naturellement son identité sociale, les liens déchirés, l'éloignement par rapport à son groupe d'appartenance sont autant d'éléments qui fragilisent l'exilé. Il s'agit de lui permettre de retrouver une stabilité, un socle sécurisant à partir duquel l'individu qu'il est peut de nouveau avancer et s'épanouir. De ces exilés, beaucoup d'entre eux garderont un sentiment d'avoir abandonné des proches restés aux pays. Beaucoup partageront avec le groupe thérapeutique leur sentiment de solitude. « La perte des repères (*re-père*) », à travers ce mot d'esprit des psychanalystes, ouvre également le champ immense des représentations psychiques infantiles et des problématiques non résolus de la relation symbolique au père, champ si commun à la névrose. L'exilé quitte la terre de ses aïeux, terre protectrice, et en l'abandonnant il perd cette protection magique, spirituelle, et risque aussi le courroux de ses ancêtres ; une terre de destruction l'attend.

De ce propos, nous ne serions que trop rappeler que de très nombreuses représentations primitives infantiles et devenues inconscientes persistent chez tout adulte, un système de croyances païennes si nous pouvons dire, quelle que soit l'institution religieuse ou idéologique de laquelle l'individu devenu adulte se réclame consciemment [41] [50] [54].

7) Les difficultés financières et la précarité auxquelles ils doivent faire face

Il existe un changement de statut social voire un déséquilibre social. Certains migrants étaient enseignants, médecins, magistrats, par exemple, ou occupaient des postes importants. Ils se retrouvent dans une situation de précarité extrême, d'insécurité d'hébergement et d'absence de revenus. Dans le pays d'accueil, ce n'est pas seulement la perte d'un statut social et d'un confort de vie, parfois acquis au prix de nombreux efforts et sacrifices, et parfois sur plusieurs générations, qui déstabilise les personnes exilées. Elles se retrouvent aussi dans une situation de vulnérabilité qui leur est complètement étrangère, qu'elles n'ont jamais vécue auparavant, et dont elles n'ont ni le savoir, ni le savoir faire. C'est aussi l'imprévisible de cette situation inconnue d'elles qui les met encore un peu plus en difficulté. Pour ces individus, c'est un véritable défi de se construire une place dans le nouveau pays d'accueil.

3.2 Lien entre pathologie mentale et processus de migration

Le voyage en lui-même entraîne-t-il une souffrance ? Existe-t-il une pathologie psychiatrique pré-migratoire, une maladie d'importation, ou une fragilité réveillée, révélée, par le processus migratoire ?

Nous pouvons aussi envisager que la survenue des manifestations d'une pathologie après l'arrivée dans le pays d'accueil soit réellement une coïncidence fortuite.

Autour du voyage lui-même, les raisons du départ du pays d'origine ; ou la situation et les conditions dans lesquelles la personne arrive sur la terre d'accueil, notamment du fait des difficultés et des troubles de l'adaptation ; peuvent elles-mêmes entraîner une souffrance particulière.

Il semble, par exemple, que l'installation de minorités circonscrite à certaines zones démographiques, voire leur concentration à l'exclusion de toute autre population, engendre une configuration à l'origine de difficultés et de souffrances spécifiques.

Après quelque mois de « lune de miel », cette situation qui semble plus confortable, plus facile, moins brutale et plus rassurante initialement, entraîne finalement une « descente ». Certaines personnes s'habituent à cette situation qui leur permet d'éviter un trop grand effort d'adaptation, qui leur évite le stress plus intense de la confrontation à une nouvelle réalité, alors qu'ils sont déjà fragiles. Cette organisation particulière établit de nombreux repères que l'individu va intégrer puis qui vont se fixer en lui, le rendant dépendant de ce nouvel environnement. La difficulté à accepter de nouvelles valeurs culturelles tout en conservant les siennes (l'acculturation), est également un obstacle à pouvoir s'émanciper de ce nouveau milieu reconstruit, avant tout pour de simples raisons d'économie psychique, au regard du travail psychique monumental parfois nécessaire. Ces personnes préfèrent alors rester entre elles, entre personnes partageant la même culture. L'illusion d'un aménagement idéal, évitant les nombreux stress du travail d'intégration, conduit rapidement à la constitution d'un ghetto, avec les très nombreuses conséquences néfastes que cela va réaliser, profondément et durablement. L'enveloppe protectrice communautaire est devenue une prison, un carcan.

Devant la croissance des phénomènes migratoires à travers le monde, de nombreuses études sont menées sur l'impact potentiel du processus de migration sur le risque de survenue de pathologies psychiatriques. Nombreuses sont celles qui traitent de la corrélation entre la difficulté d'acculturation et les pathologies mentales, notamment les symptômes dépressifs, la dépression et les idées suicidaires. Certaines se donnent pour objectif de trouver des solutions pour aider au processus d'intégration afin de favoriser une fonction de prévention des maladies mentales futures.

En 2008, C. Hassen et ses collègues, dans leur étude intitulée « *Acculturation and mental distress among Russian and Iranian migrants in Germany* », retrouvent dans le groupe de migrants iraniens un taux plus élevé de troubles mentaux [62]. Ils décrivent une association entre le processus d'acculturation et une vulnérabilité plus élevée pour les pathologies mentales. Ils expliquent cette différence par le fait du décalage plus important d'un point de vue culturel et religieux entre l'Allemagne et l'Iran par comparaison à l'Allemagne et la Russie. Il faut ajouter que les migrants d'origine russe reçoivent plus rapidement un passeport, donc un statut.

En 2009, dans leur étude intitulée « *Symptoms of Turkish patients with depression in Ankara and Berlin* », D.I Akbiyik et ses collègues montrent que la qualité de vie des patients d'origine turque à Berlin apparaît inférieure à celle des patients vivant à Ankara, et notent que les patients vivant à Berlin présentent plus de symptômes de la lignée dépressive que les patients vivant à Ankara [1].

3.3 Facteurs positifs

Il existe de nombreux facteurs intervenant dans le processus de guérison, notamment la réparation du sentiment d'appartenance et l'accompagnement face au sentiment d'exil.

Si la personne est entourée, elle peut sortir de son isolement plus facilement et peut retrouver une contenance apportée par le groupe. Les exils en famille en sont une bonne illustration. L'individu sait pouvoir et peut se reposer sur les membres de sa famille qui l'accompagnent dans cette expérience. Une patiente ayant pu fuir avec ses proches gardait néanmoins une culpabilité forte face au sentiment d'avoir abandonné ceux restés au pays. La douleur de la perte de certains restait vive.

Le groupe thérapeutique, en entourant et en contenant le patient, tente de reproduire ce phénomène.

Si la prise en charge est précoce, si la personne peut être dirigée vers le groupe précocement avant que ses symptômes ne s'enkystent, elle trouve un socle sur lequel s'appuyer et à partir duquel elle peut s'épanouir. L'absence de socle, l'absence de cadre et de contenant, maintiennent la désorganisation du fonctionnement psychique, et laissent l'individu dans un état émotionnel qui continue à le déborder puis à l'envahir. Ce sont ces émotions intenses et angoissantes qui empêchent toute élaboration psychique et maintiennent ainsi l'interruption de la vie psychique (ce qui fait « le trauma »). Les représentations restent inconscientes, figées et impossibles à mobiliser et à articuler. Elles semblent totalement absentes. Aucun signifiant ne vient faire sens au sein d'un vécu qui reste chaotique, laissant l'individu désarmé et démuni, sidéré.

Au contraire, la solidité d'un cadre retrouvé constitue le rétablissement de repères face au réel ; dans ce que ces repères ont de sécurisant et d'organisateur du monde extérieur. L'individu n'est plus seul et isolé face au chaos, il est de nouveau en relation avec le monde qui reprend ainsi ce qu'il a de sens. Cet appui permet à l'appareil psychique de ne plus être entravé dans son fonctionnement par la sensation d'une mort toujours dans son imminence, par le sentiment qui l'accompagne d'une insécurité permanente, et par toutes les réactions émotionnelles éprouvantes de ces situations. Ce sont ces enchaînements (scène vécue, sensations et sentiments, émotions) que nous ne cessons de rapporter tout au long de ce travail et qui *barrent* le psychisme. Libéré, tel un cours d'eau, le psychisme retrouve son cours et la parole retrouve son acheminement, dans ce lit protecteur, solide, permanent et bienveillant que réalise le cadre thérapeutique du groupe. Avec ce sentiment de sécurité rétabli, les représentations retrouvent leur fluidité et la possibilité de leur accès vers leur expression consciente. Elles peuvent à nouveau circuler, sans devoir s'embourber dans le marasme du compromis des symptômes. Sans la libération de ses représentations, leurs manifestations figées, rigides et répétitives, expressions masquées de la souffrance d'origine, à travers l'enchaînement des signifiants, aboutissent aux symptômes et à leur enkystement (« l'état de stress post-traumatique » chronicisé, « le deuil pathologique » ou le deuil impossible, la dépression chronique, ou tout autre aménagement psychique pathologique, chronique et résistant, durable pour longtemps, ...).

A partir des liens tissés au sein du groupe thérapeutique, l'individu arrive à tisser de nouveaux liens avec d'autres personnes. C'est la vie relationnelle elle-même qui retrouve sa liberté, et la vie psychique qui peut de nouveau se déployer.

Proposer un cadre protecteur, un socle sécurisant, un environnement *suffisamment bon* via le groupe thérapeutique, via des mesures sociales et une structure d'accueil de qualité (logement, conditions de vie, ...), c'est permettre à l'individu de retrouver plus rapidement un sentiment de sécurité et des points d'appui. Le cadre thérapeutique se doit d'être soutenant et étayant. L'alliance thérapeutique et la confiance du soigné qui s'installe vis-à-vis du groupe sont fondamentales. C'est la possibilité pour le psychisme de retrouver son fonctionnement qui est en jeu, et tous les bénéfices qui vont en découler.

La capacité adaptative de l'individu est un paramètre important dans la guérison. Pour qu'il puisse bénéficier d'un nouveau cadre suffisamment soutenant et rassurant, réduisant les troubles émotionnels et permettant ainsi l'élaboration psychique ; pour qu'il retrouve une organisation de son quotidien suffisamment structurante pour apporter un étayage significatif ; il faut qu'il puisse accepter et intégrer l'aide qui lui est proposée. Pour ce faire, il lui est nécessaire d'établir un équilibre, une articulation, entre l'intériorisation des normes culturelles du pays d'accueil et les exigences culturelles de son pays d'origine, depuis longtemps intériorisées et solidement ancrées en lui. Si les représentations des deux cultures sont trop exclusives les unes des autres, trop contradictoires, et qu'il ne trouve pas en lui la capacité de les adapter les unes aux autres, il ne peut accepter la culture du pays d'accueil. Les aides et le cadre proposé, par ceux qui restent alors pour lui *étrangers*, ne peuvent entraîner que réticence, opposition, refus et rejet. Il reste perdu dans un monde chaotique, ne retrouvant pas ses anciens repères et ne pouvant pas en adopter de nouveaux. Les réactions émotionnelles face à ce chaos absurde et inquiétant restent prégnantes et ne permettent pas de trouver d'issue à la scène intensément douloureuse de l'exil, sans cesse réactualisée par cet échec perpétuel de l'acculturation.

Le groupe thérapeutique doit aussi intégrer et favoriser cette dimension d'adaptation, cette nécessité d'une tolérance mutuelle des deux cultures, d'acceptation de l'une par l'autre et réciproquement. C'est le travail de valorisation et la prévention contre toute compétition, contre tout conflit dénigrant entre les deux cultures, qui permet l'acculturation. Cette nouvelle base culturelle de l'individu, alliance des deux précédentes, est la fondation d'un constituant fort de son rapport actuel au réel. Il inscrit ce nouveau monde au sein de l'univers intrapsychique de ses signifiants, et lui-même peut ainsi trouver sa place au sein de ce monde extérieur maintenant organisé et ordonné, né du chaos.

Un aspect très particulier de la prise en charge groupale proposée au sein de l'« Espace Psychothérapique » du Centre Hospitalier de la Chartreuse à Dijon, se concentre sur l'expérience de l'exil et sur l'expérience du vécu « traumatique » elles-mêmes, afin que la personne soignée puisse, là-aussi, faire sens de ces expériences proprement dites. Le travail de représentation de ces expériences, le travail de symbolisation, et l'inscription en images et en mots au sein de l'univers intrapsychique de ses représentations, l'aident à reconstruire son identité. La possibilité pour ces expériences de trouver cette place, de se raconter, permet de rétablir une meilleure continuité de l'articulation des représentations les unes par rapports aux autres, là où le trauma laissait un lieu mental désorganisé et dissocié de l'ensemble. C'est autant son histoire dans sa temporalité, que son histoire dans son parcours géographique, qui trouvent un nouveau chapitre, une transition, là où il y avait un *hiatus* incohérent et incompréhensible. C'est l'histoire du *transit* qui s'écrit, et le « roman personnel », le *mythe individuel* dont parle Jacques Lacan [69], qui retrouve là son intégrité, sa totalité, sans lacune.

Il n'y a plus de « trou » au sein de l'autobiographie ; cette autobiographie intrapsychique de nous-même où la précision de chaque mot est savamment choisie, murement réfléchie, minutieusement ordonnée... ; ce récit singulier de nous-même qui réalise déjà beaucoup de notre identité, sans même que nous ayons conscience de ce travail littéraire profondément intime et confidentiel. Toujours en s'inspirant de Jacques Lacan [69], nous pourrions imaginer qu'au sein de ce parcours de vie dans l'espace et le temps, ce parcours qui s'inscrit en nous en mots, en images, en symboles, sur la ligne de notre « destin », sur cette vie filée par les Parques, telle que nous nous représentons le cours de notre existence ; ces expériences constituent une sorte de « linéament langagier de cet accident de parcours », une ligne accidentée mais maintenant sans rupture.

Ce point très particulier de la prise en charge favorise ainsi le rétablissement de la continuité temporelle et géographique du vécu du patient dans la narrativité de lui-même et de son vécu, là où l'émotion douloureuse et non élaborée a créé une rupture dans le déroulement des représentations, des signifiants.

Ainsi, après la mise en valeur de l'histoire passée, après la mise en valeur de l'histoire actuelle et à venir, et après le travail de conciliation entre ces deux histoires, c'est le moment de transition (lieu du *transit*) lui-même, entre les deux histoires, qui doit lui-aussi faire histoire, et ainsi faire la connexion, la continuité. Il s'agit bien que les unes et les autres retrouvent ainsi leur place dans une seule et même œuvre, indivisible ; « l'œuvre littéraire de la vie du sujet » dans son entier, ce sujet que nous nommons justement *individu* parce qu'il est *indivisible*. C'est toute l'intégrité, l'intégralité pourrions-nous dire, qui redonne toute sa cohérence, sa cohésion à l'identité unique et entière de la personne, sans réelle rupture.

Un autre facteur important qui entre en compte dans la guérison concerne l'amélioration de la condition du migrant. S'il est reconnu dans son droit d'être humain et d'individu et qu'il lui est donné un accès à la citoyenneté, il manifeste plus de facilité dans son intégration et sa « reconstruction » (la réorganisation de son existence). L'ensemble du travail consiste à l'aider à retrouver une dignité, à le déculpabiliser et à l'aider à reprendre espoir. C'est sans doute maintenant qu'il faut entendre le mot « condition » dans un sens plus large ou plus littéral, celui du conditionnement. C'est la *condition d'exil* qui devient, dans une réduction élémentaire mais didactique, *ce qui conditionne...* l'existence de la souffrance et de sa pathologie.

Nous avons à faire grand cas de la compréhension de ce que peut-être « le traumatisme », « l'événement traumatique » ou « traumatisant », et « le traumatisé » et « son trauma ». C'est tout l'intérêt du travail préalable que nous avons réalisé précédemment. Pour plus de clarté dans cette approche schématique, nous allons considérer qu'il n'y a qu'un événement, mais en réalité ils peuvent être multiples, et c'est justement le cas le plus fréquent pour les sujets de notre étude. Ici, déjà, nous pouvons mettre en lumière l'importance de *la scène*, en ce qu'elle est une somme de phénomènes et d'objets élémentaires, à ce moment particulier où l'individu est confronté au vécu de l'imminence de sa propre mort. La réaction de survie de l'individu, à côté d'une nécessité immédiate de répondre à cette situation périlleuse, une réponse réflexe somme-toute, semble aussi faire de la scène dans son entier, dans son intégralité, mais aussi dans chacun de ses détails, les plus insignifiants soient-ils, *l'origine* du péril. Plus exactement, la scène elle-même mais également chaque détail qui peut la constituer deviennent autant d'origines multiples et variées du péril, du danger, c'est-à-dire vécus comme tels par l'organisme.

Tous, pris séparément, lors d'une nouvelle rencontre, vont conditionner une réviviscence de la scène initiale, de manière réflexe, automatique ; provoquant la répétition des mêmes sensations, sentiments et réactions émotionnelles que lors de la scène elle-même. Si le patient avait pu commencer à se remettre de sa souffrance initiale, il y est de nouveau confronté avec la même violence et le même désarroi à cette même souffrance. Les répercussions sont les mêmes que la première fois, aggravées de conséquences non résolues de celle-ci, puis ainsi de suite lors des moments de reviviscence ultérieurs. Plus dramatique encore, chaque rencontre peut prolonger la scène initiale de la scène de la rencontre elle-même, et associer à ce processus de conditionnement tous les nouveaux détails de cette seconde scène en plus de l'ancien détail rencontré. A leur tour, ceux-ci peuvent également provoquer plus tard une réviviscence alors qu'ils étaient pourtant absents de la scène initiale. C'est cette progression tentaculaire, ou en toile d'araignée, cette propagation de proche en proche, partant de ce centre qu'est la scène de départ, qui explique que si le processus n'est pas interrompu, la souffrance émotionnelle et ses répercussions pathologiques n'iront qu'en s'aggravant.

Tout psycho-pathologiste et tout thérapeute qui s'est penché sur la question, dans l'espoir de rendre accessible cette scène traumatique à une approche rationnelle qui permettrait de déterminer chaque élément, chaque détail, par rapport à l'élément qui était réellement dangereux, a justement vérifié que cela était précisément impossible et constituait en soi la nature traumatique de cette scène, son indétermination archaïque initiale s'agissant du danger.

Une patiente qui ouvre son agenda au moment d'un accident de voiture, alors qu'elle est sur le siège passager, revit la scène dans son intégralité (sons, images, mouvements, ...) lorsqu'elle utilise de nouveau cet agenda, par exemple assise dans son salon. Elle finit par s'en débarrasser sur les conseils de son thérapeute, et le nouvel agenda, très différent du précédent, ne provoque pas ce type de phénomène.

Questionner les conditions de vie, c'est bien sûr commencer à interroger le travail psychothérapique si ces conditions permettent plus facilement au patient d'exprimer telle ou telle représentation, de telle ou telle problématique, alors que la plupart trouvent déjà leur résolution dans l'environnement extérieur. Il est plus facile de travailler sur son sentiment de culpabilité par exemple, plus facile de le critiquer, d'être dans un questionnement introspectif, si les autres n'ont pas une attitude de méfiance envers nous, attitude qui vient justement alimenter ce sentiment et nous faire douter de sa nature intrapsychique et de sa topologie interne...

Néanmoins, c'est aussi par le conditionnement, que les conditions de vie peuvent nous interroger également. Certaines conditions défavorables ne sont-elles pas la poursuite des mêmes conditions initiales qui avaient déjà pu « traumatiser » l'individu lors de son exil. Elles maintiennent ainsi l'émotion initiale d'effroi et empêchent toute possibilité de s'en libérer. Elles renforcent les conditionnements négatifs et les nouveaux stimuli qui conditionneront plus tard de plus nombreuses situations de reviviscence ou de remémoration. Surtout, elles sont strictement à l'opposé de ce que recherche la prise en charge médicale ; proposer dans un premier temps un environnement dénué des stimuli déclencheurs, autant que possible. Là où le « déconditionnement » n'est pas encore possible, il s'agit de mettre le plus à distance possible les conditions initiales du vécu des scènes les plus douloureuses de l'exil.

La *condition d'exil*, à défaut d'être d'abord représentée par l'exilé lui-même, devient un repère pour le psychothérapeute pour mieux comprendre et élaborer ce qu'il en est exactement de cette ou de ces scènes, et comment proposer de nouvelles conditions de vie qui seront les plus éloignées possible des vécus de cette *condition d'exil*.

Dans sa quête de guérison et d'accès à son individualité, à sa dignité, le soigné cherche lui-aussi à mettre à distance les conditions qui risquent de réactiver « le trauma », la ou les scènes dites « traumatisantes » (une odeur, une sensation, une vision, une date d'anniversaire, ...). Il souhaite retrouver un sentiment de sécurité et pour cela, il cherche à éviter de revivre la sensation de l'imminence de la mort et toutes les réactions émotionnelles qu'elle engendre, en prenant en compte la réalité des différentes conditions qui peuvent les lui faire subir, la réalité des différents automatismes qui se sont mis en place, en mémoire, et peu à peu s'étendent.

Pour autant, simultanément, et avec le même objectif de résoudre cette souffrance et son origine, il existe une autre intention opposée et contradictoire. Ces deux intentions, la fuite et l'évitement dans le premier cas (une tentative de forclusion) ; la lutte, le combat et l'anéantissement des origines de la souffrance dans le second (la tentative d'abréaction) ; engendrent une intentionnalité complexe et ambivalente dans ses moyens d'atteindre ce même objectif qui est de ne plus souffrir. Sans la réalité de cette ambivalence, il n'y aurait pas, en quelque sorte, de *trauma*. La scène du traumatisme serait seulement exclue de la vie du patient (forclose).

Là où le patient lui-même tente d'éviter la réviviscence ou la réminiscence de la scène initiale, nous devons l'aider à comprendre qu'il ne s'agit que d'une partie de l'intentionnalité qui s'est mise en place et organisée en lui. Nous devons l'éclairer de la mécanique de l'ambivalence, souvent peu ou non consciente, et l'encourager à ne pas combattre inutilement, comme cela est déjà le cas en lui, insidieusement, par ce qui est maintenant devenu un réflexe conditionné ; sans même qu'il ait pu comprendre le sens et la nature stratégique de cette tentative d'auto-guérison (par l'abréaction).

Ce moyen de lutter, de tenter de se « déconditionner », les thérapies cognitivo-comportementales le désignent sous les termes de désensibilisation par l'immersion ou par l'exposition. De façon ambivalente, au contraire de l'évitement, c'est aussi ce que les « traumatisés » ne cessent déjà de faire spontanément, sans fin, de manière pulsionnelle, consciemment ou non, qu'ils le veuillent ou non [48].

Non seulement cette confrontation est sans efficacité, mais comme nous l'avons expliqué précédemment, elle ne fait que renforcer et propager un peu plus les conditionnements négatifs de la vie quotidienne.

L'urgence est de retrouver la possibilité d'une sérénité, d'un répit, qui fasse sa preuve de réalité. Il s'agit d'ébranler la conviction du « traumatisé » d'une scène traumatique qui ne le quitterait plus, et la conviction de devoir tenter le tout pour le tout, tenter l'impossible, pour affronter ses propres vécus, s'affronter lui-même, parfois jusqu'à la mort. L'acceptation des limites et de l'inutilité d'être dans cette attaque frontale de soi-même encourage le patient à envisager d'autres solutions et d'autres positions. Il doit accepter de renoncer à cette lutte qui le conduit dans ce cercle vicieux de la répétition infernale et sans limites du *trauma*, dans cet espoir illusoire que le revivre permette finalement d'y trouver une solution [48]...

C'est un autre « deuil » sans doute que de réaliser à quel point cette stratégie est vaine. C'est peut-être là, quand le patient commence à l'envisager, que le début de la guérison se manifeste... Nous ne devons d'ailleurs pas oublier les cas les plus nombreux des personnes qui, ayant pourtant vécu une scène comparable, ne subiront pas l'apparition d'un *trauma*. Chez eux, l'abréaction semble finalement possible, mais sans doute au prix d'abandonner un peu de leurs exigences perfectionnistes et idéalistes...

S'ils n'y arrivent pas seul, il n'est pas question, évidemment, d'abandonner tout espoir. Tout notre travail de thèse montre comment la présence de *l'autre*, du thérapeute (étayant et contenant, sécurisant et rassurant, bienveillant ; entendant, comprenant et parlant, ...), va leur permettre finalement d'aboutir ce travail d'abréaction (cognitif et comportemental, affectif, émotionnel, sensoriel, ... et souvent psychique) ; grâce à la possibilité d'une mise en *mots* de l'indicible du vécu, de *l'indicible traumatogène*.

3.4 Le concept de culture

Edward Tylor, cité par Y. Govindama [58], est un anthropologue britannique. En 1871, il donne cette définition de la culture : « Il s'agit d'un tout complexe qui comprend tous les savoirs, les us, les coutumes, les rapports économiques, la loi, la morale, la religion, l'art, la science, et toute habitude acquise par un membre d'un groupe social. »

Claude Lévi-Strauss, cité par Y. Govindama [58], est un anthropologue et ethnologue français. En 1950, dans son introduction à l'œuvre de Marcel Mauss intitulée *Sociologie et anthropologie*, il donne cette définition de la culture : « Il s'agit d'un ensemble de systèmes symboliques au premier rang desquels se placent le langage, les règles matrimoniales, les rapports économiques, l'art, la science, la religion. »

Allan Young, cité par A. Zempléni, dans son travail intitulé *The anthropologies of illness and sickness*, écrit que « every culture has rules for translating signs into symptoms, for linking symptomatology to etiologies [...] » [95]. Nous en donnons cette traduction personnelle : chaque culture a des règles pour traduire des signes en symptômes, pour lier les symptomatologies à des étiologies.

C. Di et M.R. Moro, dans *Conflit des cultures dans la constitution de soi* de 2008, expriment : « [La culture] structure et détermine le comportement de l'individu. Elle lui fournit une grille de lecture et de décodage de la réalité sociale. » [36].

L'aspect culturel modifie le mode d'expression, la gestion et la durée des symptômes.

C. Maury, dans *Clinique du psychotraumatisme et erreur de diagnostic en situation transculturelle* écrit : « En effet, selon sa culture ou communauté d'appartenance, le sujet aura des modes d'expression symptomatiques et des représentations de la maladie et du soin différents. » [79].

Certaines populations évoquent la sorcellerie, la magie, le mauvais œil, etc. Ces explications culturelles ne sont pas reconnues par la science occidentale mais les tableaux cliniques, eux, sont bien réels.

A l'inverse les cas de transe, de communications diverses avec des « esprits », etc., sont des états pouvant être reconnus comme pathologiques en Occident. La *CIM 10* retient « l'état de transe et de possession » qu'elle code F44.3, et qui appartient aux « troubles dissociatifs [de conversion] », codes F44 [21].

3.5 Vers une prise en charge traditionnelle

Selon les origines culturelles et notamment dans les pays d'Afrique et d'Asie, il existe de nombreuses interprétations attribuant les maladies à des sortilèges, à la magie noire, à la sorcellerie, à l'intervention de puissances extérieures, aux mauvais esprits, à un phénomène de possession par des djinns (esprits), à l'action des morts, etc.

La maladie est interprétée comme une punition, un malheur, une mauvaise chance, une volonté divine, une malédiction, un châtiment [6], etc.

Dans de nombreux cas, les personnes *imprégnées* de ces représentations culturelles recourent aux thérapies traditionnelles seules, ou en association à la prise en charge *scientifique* [80]. Le recours et ce retour aux « tradithérapies » est un moyen pour ces populations de renouer les rapports avec leurs ancêtres, de revenir aux origines, de restaurer la place de l'individu dans la collectivité et de retrouver un sentiment d'appartenance au groupe. Pour S.C. Moukouta et ses collègues, « s'il est vrai que la psychiatrie moderne est le seul dispositif thérapeutique officiel, il n'en demeure pas moins que dans les pratiques sociales la psychiatrie traditionnelle reste jusqu'alors la plus sollicitée » [82]. Ils ajoutent plus loin, qu'il existe « une complémentarité entre ces deux formes de prise en charge » [82].

Ces guérisseurs jouent un rôle central et tiennent une place importante pour ces populations.

Se tourner vers la spiritualité, réciter des versets coraniques, ingérer des infusions, porter des amulettes, recourir à des méthodes de purification ou d'exorcisme sont autant de moyens porteur d'espoir de guérison.

Ces méthodes très investies par ces populations peuvent effrayer, faire sourire ou ne pas être reconnues dans les sociétés occidentales. Des guérisseurs pour certains, des charlatans pour d'autres...

Certes, la parapsychologie n'est pas la psychologie. Les théories parapsychologiques autour de l'idée que la psyché (« l'âme », étymologiquement), la pensée, l'esprit, puissent agir directement sur l'environnement extérieur, sans l'effet d'une action, renvoient les scientifiques que nous sommes aux théories de la *pensée magique*. De l'existence des pouvoirs magiques de nos pensées, c'est le degré de conviction chez nos patients qui nous permet cliniquement de faire la différence entre une simple croyance culturelle et religieuse et, lorsque la conviction est absolue et inaccessible au doute et à la dialectique, une psychose. C'est tout l'art alors du psychothérapeute de respecter les croyances de ses patients, en s'attachant à l'expression de la parole elle-même, indépendamment de ce que le patient estime être le registre de son discours. Que les patients nous parlent de leurs sentiments, de leurs rêves, de leur corps, de leurs relations, de leurs croyances, de leurs symptômes, ... ; ils parlent. C'est cette parole elle-même qui reste l'objet du métier du psychothérapeute ou du psychanalyste. Dans la situation la plus extrême, laisser un patient psychotique nous parler de son délire, n'implique pas que nous cautionnons la réalité des faits que le délire veut établir, elle implique que nous écoutons ce patient et que nous essayons de comprendre comment sa souffrance se signifie et ce qui est à son origine. Il en serait finalement de même de tout discours.

Qu'importe que l'exilé y croit et nous non. Pourquoi pense-t-il qu'il est maudit d'avoir quitté sa terre ? Pourquoi ses aïeux seraient-ils si peu indulgents d'une nécessité ? D'autres représentations moins rigides, plus pragmatiques ou réalistes ne trouveraient-elles pas l'assentiment de ses anciens, grâce à leurs yeux ? Résoudre la confusion d'une réalité extérieure et d'une réalité intrapsychique, ne peut-elle pas favoriser une réconciliation (« loin des yeux *près* du cœur » pourrions-nous défendre alors) ? Ce qui nous manque physiquement, et justement *bien là* psychiquement puisqu'il y a souffrance et pas oublié (« l'ombre de l'objet est tombée sur le Moi » nous dit Sigmund Freud dans *Deuil et Mélancolie* [49]).

Certains peuples nomades indiens pour s'assurer cette permanence de l'autre perdu, en eux, cette fidélité, mangeaient les cendres de leurs morts, devenant la sépulture humaine vivante de leurs morts (rites funéraires des Guayakis ou Achés)...

Permettre à l'exilé de comprendre que psychiquement nous ne perdons rien, malgré les pertes physiques, ne peut-il pas lui éviter cette confusion où le corps et sa souffrance deviennent la métaphore de ses sentiments pour l'autre, inoubliable ?

Faire entendre à celui qui n'en a pas l'expérience, la possibilité d'un inconscient *en nous* qui garde tous nos trésors, ne vient pas exclure leurs croyances culturelles et religieuses, au contraire peut-être... Quoi qu'il en soit, chacun garde sa place, et le psychothérapeute n'a pas à se faire gourou pour aider son patient à se soigner...

Les pistes proposées par Sigmund Freud sur la réalité anthropologique de nos croyances religieuses et de leurs origines [50] [51] [54], où il nous fait entendre que c'est d'abord l'homme qui crée Dieux, « Dieux le *père* »..., n'ont pas à être imposées à un sujet qui n'en fait pas la demande.

Sigmund Freud lui-même [50], nous met d'ailleurs en garde face à cette tentation d'un prosélytisme psychanalytique qui serait le comble de ce qui veut rester scientifique, escroquerie intellectuelle alors, illusion parmi les autres, aliénation dogmatique comme substitution aux autres aliénations... Sans doute le risque de faire fuir beaucoup de nos patients et de perdre notre âme...

3.6 En situation transculturelle

Dans une étude de 2015, M. Bossuroy, T. Baubet, O. Taieb et M.R. Moro discutent de l'importance de disposer d'outils validés en situation transculturelle sachant que nombreux sont les outils liés au contexte occidental [15]. Ils insistent sur les difficultés posées par l'utilisation de tests standardisés devant la variabilité de la symptomatologie et les biais culturels dans le recueil et l'analyse des données. Le risque est de poser un mauvais diagnostic en obtenant des données qui ne reflètent pas suffisamment la réalité culturelle.

Dans cette étude, les auteurs décrivent trois étapes nécessaires à la validation transculturelle des instruments de mesure en santé mentale.

Tout d'abord ils posent la question de la traduction de l'instrument et la vérification de son équivalence en situation transculturelle.

Ensuite ils s'intéressent à la question de la validité de l'instrument ; la validité de contenu (les items), la validité concomitante (instrument suffisamment corrélé avec la version originale), la validité de construit (le concept mesuré n'existe pas à l'identique dans les groupes culturels étudiés) et la fidélité.

Enfin, ils montrent la nécessité d'établir des normes adaptées au contexte culturel (sur un échantillon représentatif).

Pour ces auteurs, il est nécessaire d'avoir la notion qu'il existe, pour des sujets d'une même culture, une variabilité interne des sites (contexte urbain versus campagne par exemple).

4. Les prises en charge proposées dans le « traumatisme » psychique

4.1 Le débriefing de J. Mitchell décrit par S. Behaghel dans

Traumas et narcissisme

La méthode « *Critical Incident Stress Debriefing* » (CISD), technique de soutien psychologique conçue en 1974 par J. Mitchell, s'adresse initialement aux urgentistes (pompiers, ambulanciers, policiers, ...) [11]. Ultérieurement son utilisation s'étend à la population civile.

Il s'agit d'une intervention précoce auprès des victimes pour évoquer l'évènement traumatique dans un environnement contrôlé, au sein de groupes de discussions proposant un soutien psychologique et éducatif, dans les jours suivants l'évènement (24 à 72 heures), pour permettre le retour des participants à leurs fonctions routinières le plus rapidement possible.

Le CISD se déroule en 7 phases :

- 1) Présentation de l'opération et des règles à suivre,
- 2) Description objective des faits par les participants,
- 3) Narration par chacun de ce qu'il a pensé (les cognitions),
- 4) Chacun expose comment il a réagit (les réactions),
- 5) Description des symptômes somatiques et psychiques ressentis,
- 6) Phase d'information des participants sur la manière de réduire le stress (alimentation équilibrée, repos, exercice physique, ...),

7) Séance de conclusion et de retour d'expérience, enfin.

Il existe une méthode de « court débriefing » décrite par J. Mitchell [11], qu'il nomme le « défusing » et qui se déroule en 3 phases :

- 1) Une première phase d'introduction identique à la précédente,
- 2) Une narration des faits, des pensées et des réactions par les participants,
- 3) La phase d'enseignement de technique pour faire face au stress.

En France, L. Crocq s'inspire de ce travail et développe en parallèle les Cellules d'Urgences Médico-Psychologiques (CUMP) [11].

4.2 Présentation des Cellules d'Urgences Médico-Psychologiques (CUMP)

Les CUMP voient le jour en 1995 à la suite d'une vague d'attentats qui se produit à Paris. Elles proposent une intervention psychologique immédiate auprès de victimes de catastrophes. Le dispositif s'étend sur l'ensemble du territoire national en 1997.

Les équipes interviennent sur les lieux de l'événement dans les 24 premières heures. Elles sont composées de psychiatres, de psychologues cliniciens et d'infirmiers spécialisés en psychiatrie.

Cette intervention immédiate sur les lieux vise à contenir, rassurer, apaiser, informer et accompagner les victimes.

5. D'autres approches cliniques et théoriques : la théorie de l'attachement

Notre travail met en avant l'intérêt d'aborder la réalité psychopathologique de l'exil par les notions d'états de stress et de « traumatisme » psychique. Néanmoins, cette position n'a rien de rigide ni d'exclusif. D'autres approches nous semblent particulièrement pertinentes et éclairantes, sans d'ailleurs se contredire. Parmi elles, il nous semble important de présenter au sein de notre méthode d'étude celle de la « théorie de l'attachement ».

5.1 Principe de la théorie

Cette théorie est formalisée par le psychiatre et psychanalyste John Bowlby en 1969, après les travaux de D.W. Winnicott, K. Lorenz et H. Harlow [16] [56].

L'attachement débute dès la grossesse et s'établit durant les trois premières années de la vie. Il influence la façon dont l'enfant établit ensuite ses relations sociales, le reste de son existence. L'objectif de l'attachement est que l'enfant se sente en sécurité, protégé et confiant.

Son principe de base est qu'un jeune enfant a besoin, pour connaître un développement social et émotionnel normal, de développer une relation d'attachement avec au moins une personne qui prend soin de lui de façon cohérente et continue (un « *caregiver* », littéralement un « donneur de soin », un « soignant » mais au sens le plus large du mot). La personne doit être sensible, disponible, à l'écoute des besoins de l'enfant et doit savoir répondre à ses attentes. L'enfant recherche la proximité avec une *figure d'attachement* lors de la survenue de situations de stress pour retrouver un sentiment de sécurité.

C'est seulement lorsque ses besoins de proximité sont satisfaits que l'enfant peut s'éloigner de sa *figure d'attachement* pour explorer le monde extérieur. La théorie propose que les enfants s'attachent instinctivement aux *caregivers*, favorisant ainsi leur survie.

Bien que la *figure d'attachement* primaire soit habituellement la mère, les bébés et les jeunes enfants forment des liens d'attachement avec toute personne prenant soin d'eux. C'est la qualité de l'engagement relationnel qui prime sur la quantité de temps passé auprès de l'enfant.

Dès l'âge de six mois, le désir d'exploration de l'enfant se manifeste. L'enfant s'éloigne progressivement de sa *figure d'attachement* tout en gérant la distance. Si l'enfant se sent en sécurité, il va pouvoir explorer son environnement. Dès qu'il se sent trop éloigné, l'enfant cherche à se rapprocher de sa *figure d'attachement*. Ce phénomène est nommé « la base de sécurité ». Elle assure qu'une figure de soutien est disponible en cas de besoin.

Vers la fin de la période des deux premières années, les enfants commencent à utiliser *les figures d'attachement* (c'est-à-dire l'entourage familial) comme *base de sécurité* à partir de laquelle ils peuvent explorer le monde, croître et s'autonomiser, et vers qui ils savent qu'ils peuvent retourner lorsqu'ils se sentent en danger.

Au fil de l'évolution de l'enfant, la présence de la *figure d'attachement* est intériorisée, ce qui permet à l'enfant de pouvoir s'éloigner de plus en plus d'elle jusqu'à son absence physique. L'enfant acquiert ainsi des habiletés sociales et cognitives en fonction de la curiosité dont il fait preuve.

Les réponses de l'entourage au comportement de l'enfant vont guider le développement de *schèmes d'attachement* (des modèles opérationnels de l'environnement et de l'organisme, construits et élaborés par l'enfant). Ils seront à leur tour la base de la mise en place des *modèles internes opérants*. D'après la théorie de l'attachement, il s'agit des représentations mentales, conscientes et inconscientes, du monde extérieur et de soi à l'intérieur de ce monde, à partir desquelles l'individu perçoit les événements, entrevoit le futur et construit ses plans d'action.

Le *modèle interne opérant* commence à s'établir entre 6 et 9 mois et devient stable vers 5 ou 6 ans.

Les *modèles internes opérants* vont permettre à l'individu en situation de stress d'élaborer des stratégies d'adaptation face à la menace perçue, afin de maintenir la proximité avec des figures de confiance (des *figures d'attachement* ou de soutien).

Si la *figure d'attachement* est absente ou ne répond plus, une détresse va apparaître chez l'enfant. Les *schèmes d'attachement* ne sont plus sécurisés et à leur tour ne sont plus sécurisants. Ils vont compromettre l'exploration de l'environnement et la mise en place de la confiance en soi.

Un jeune enfant qui a reçu des soins marqués par la disponibilité de sa *figure d'attachement*, développe une image des autres comme étant disponibles et soutenant, et un sens de lui-même comme étant digne d'amour et d'attention. En revanche, si la *figure d'attachement* a été indisponible, incohérente voire « rejetante », l'enfant développe un attachement *insécure*, avec une image des autres comme étant non disponibles et menaçants, et un sens de lui-même comme n'étant pas digne d'amour, d'attention et de soin(s).

Si l'enfant vient à se séparer de sa *figure d'attachement* ou s'il est amené à avoir des changements multiples de *caregiver*, il va présenter des difficultés pour développer un attachement.

5.2 Les différents types d'attachement et leur prévalence

En 1978, Mary Ainsworth, psychologue américaine, identifie trois types d'attachements, ou de *schèmes*, qu'un enfant peut adopter envers une *figure d'attachement* : *sécre-groupe B*, *évitant-groupe A (insécre)*, *ambivalent/résistant-groupe C (insécre)* [85].

Des recherches ultérieures menées par Mary Main et ses collègues à l'université de Californie à Merkeley permettent d'identifier un quatrième *schème d'attachement*, appelé attachement *désorganisé/désorienté-groupe D* [85].

- Prévalences des types d'attachement dans la population d'âge scolaire [85]

Type *sécre-groupe B* : 65 %

Type *insécre-évitant-groupe A* : 20 %

Type *insécre-ambivalent-résistant-groupe C* : 15 %

Type *désorganisé-désorienté-groupe D* : 15 %

5.3 Attachement et psychopathologie

Un attachement *sécre* augmente la résistance au stress de l'enfant et lui permet un développement social et émotionnel normal.

Les enfants avec des parcours *insécures* sont perturbés dans les situations d'adaptation face au stress et sont à risque de développer des problèmes émotionnels et comportementaux.

Ils présentent des dysfonctionnements dans le traitement des informations et des troubles de l'adaptation face à des situations de détresse émotionnelle, car les stratégies d'ajustement au stress sont moins efficaces. L'attachement de type *insécure* compromet l'interaction à l'autre et les relations futures de l'enfant.

5.4 Les outils d'évaluation de la qualité des représentations d'attachement

5.4.1 Les histoires à compléter

Cet outil s'adresse à des enfants à partir de l'âge de 3 ans, auxquels sont présentés des amorces d'histoire. A l'aide de figurines représentant les membres d'une même famille, ils doivent poursuivre ces histoires [85]. A l'aide de cette procédure, les chercheurs qui étudient la théorie de l'attachement mesurent la qualité des représentations d'attachement.

5.4.2 L'échelle de sécurité de Kerns

Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté (c'est l'enfant qui répond lui-même aux questions) s'adressant à des enfants entre 6 et 12 ans et permettant de coter certains aspects tels que l'intensité des comportements d'attachement, la perception que l'enfant a de la disponibilité de ses parents, etc [85].

5.4.3 L'Inventaire d'Attachement Parent-Adolescent

Cet outil mesure les représentations des relations de l'attachement (niveau de sécurité perçu) de l'adolescent envers ses parents [85].

5.4.4 L'Entrevue d'Attachement Adulte

C'est l'américaine Mary Main, docteur en psychologie, qui a mis au point l'*Adult Attachment Interview* avec ses collègues Carol George et Nancy Kaplan en 1984 [85].

Chez l'adulte, cette entrevue vise à évaluer les expériences de l'enfance et leur impact sur la personnalité à l'âge adulte. Des questions sur les relations précoces avec la famille sont posées et le sujet doit décrire ce qu'il pense de la façon dont ces relations l'ont affecté dans son développement et sa personnalité. Il s'agit d'évaluer la qualité du récit des souvenirs et de l'attachement [87]. Les résultats de cette entrevue permettent de différencier plusieurs types d'attachement chez l'adulte.

Les sujets *séconds* ont des récits clairs, cohérents et une bonne capacité associative.

Les sujets *détachés* ne font pas de lien entre les expériences de l'enfance et leur personnalité, ils ont des difficultés d'accès à leurs souvenirs.

Les sujets *préoccupés* sont focalisés sur les souvenirs désagréables de leur enfance qu'ils peuvent décrire avec détail. Leur récit est incohérent.

Les sujets *désorganisés* présentent une désorganisation dans le cours de leur pensée.

5.5 Exemples de quelques études menées à l'Université de Dijon

En 2006, une étude parue dans *l'Encéphale* montre que les sujets déprimés sont moins *sécurés* et plus *préoccupés* [19]. Ils présentent des scores plus faibles aux dimensions de la satisfaction et de la disponibilité du soutien social.

En 2014, une étude parue dans *l'Evolution psychiatrique, numéro 79* [20], montre que les sujets déprimés manifestent un manque de confiance dans les relations, des difficultés de régulation émotionnelle. A travers leurs différentes évaluations, ils évoquent une insécurité de l'attachement. Leur discours est lacunaire avec moins de liens associatifs, moins d'accès aux souvenirs. La structure de leur discours apparaît plus confuse, moins cohérente, elle manque de clarté et de fluidité.

5.6 Place de la théorie de l'attachement au sein du groupe thérapeutique que nous étudions dans ce travail

Nous nous intéressons également à la question des liens précoces à la famille de nos patients et les questionnons sur les souvenirs de ces liens. L'évaluation de la qualité des représentations d'attachement et de la solidité de ces liens précoces à la famille nous permet de mieux envisager leurs difficultés. Si l'attachement a été *sécuré*, nous pouvons espérer qu'ils réussiront à retrouver, à partir de ces représentations et de l'expérience qu'ils en ont, une image des autres comme étant disponibles, soutenant, dignes de confiance, et qu'ils parviendront à retrouver une confiance en soi.

C'est grâce aussi au travail psychothérapeutique et à la contenance procurée par notre groupe, malgré l'expérience de stress et de trauma, que nous favorisons la reconstruction d'une *base de sécurité*.

Nous favorisons la possibilité de retrouver de nouveau la capacité de nouer des liens et de mettre en place de nouvelles relations sociales, la possibilité d'entrevoir de nouveau un futur et de reconstruire de nouveaux plans et projets. Nous émettons l'hypothèse que plus les représentations de l'attachement de nos patients ont été *séures*, plus ils pourront retrouver leurs capacités adaptatives et leur habilité sociale, et plus ils pourront prévenir et limiter le maintien des conséquences psychopathologiques consécutives à l'expérience traumatique et à l'expérience de l'exil.

5.7 La résilience et la théorie de l'attachement

La résilience est définie par un « processus biologique, psychoaffectif, social et culturel qui permet un néo-développement après un trauma [...]» [33].

Boris Cyrulnik montre qu'une personne avec un attachement (un « style affectif ») *séure* a plus de possibilité de rencontrer un « tuteur de résilience » [33]. Il ira plus facilement chercher du soutien, de l'aide. Il en fera une nouvelle *base de sécurité* pour l'aider à reconstruire une confiance en autrui et une confiance à revivre. Boris Cyrulnik toujours [33], explique que les perturbations psychiques consécutives à l'effet d'un trauma sont « en partie amendables en réorganisant le milieu » ; si la personne retrouve une stabilité, une *base de sécurité* à laquelle elle peut s'attacher.

Il illustre différents facteurs rendant la résilience « possible » ou « difficile ».

Un attachement *séure*, l'aptitude à la mentalisation et au partage des émotions et des représentations insupportables, et la présence d'une famille apportant du soutien sont des facteurs de résilience « possible ».

Au contraire, un attachement *insécore*, une faible mentalisation et une famille n'apportant pas de soutien sont des facteurs rendant la résilience « difficile ».

Dans un article de 2006, Bernard Golse écrit : « La catégorie "sécure" ne garantit en rien un avenir psychique indemne de tout problème [...]. La résilience d'un sujet donné demeure extrêmement complexe à prévoir et, plus encore, à initier. » [57].

Marie-Claude Frénisy est psychologue coordinatrice de la CUMP de Bourgogne. Dans un article de 2005 [47], à travers l'illustration du cas clinique d'une victime d'un accident de la voie publique, elle montre qu'il ne faut pas négliger l'impact des troubles thymiques sur l'investissement dans la prise en charge thérapeutique.

Concernant les migrants, il ne faut pas négliger la forte réticence à consulter dont ils peuvent faire preuve, du fait des représentations de la maladie psychique, par peur d'être étiqueté comme « fou ». Il est important de tenter de répondre à leur demande de pouvoir bénéficier d'un suivi auprès d'un thérapeute de la même culture [38].

Les représentations de la théorie de l'attachement peuvent nous donner des repères importants dans la compréhension de nos patients, et dans le retour que nous pouvons leur en faire, indépendamment d'autres abords théoriques. Elles nous apportent des outils supplémentaires, relativement opérants et éclairants de la relation psychothérapique, y compris en terme d'évaluation, notamment lors de prises en charge plus difficiles.

6. Un autre exemple de prise en charge thérapeutique de groupe avant de présenter le notre : Conférence « Prises en charge du psychotraumatisme », du 9 février 2016

Cette conférence qui se déroule au Centre Hospitalier de la Chartreuse à Dijon le 9 février 2016 est proposée par la Consultation de Victimologie et Psychotraumatisme du Centre Médico-Psychologique « Les Coteaux du Suzon » de Dijon [29].

Madame Vadot-Billoué, psychologue, et Monsieur Morin, infirmier référent, exerçants au sein de cette consultation, nous présentent le dispositif destiné aux victimes d'un événement violent potentiellement traumatique.

Cette consultation a été mise en place sur Dijon depuis 2001. Il s'agit d'un espace psychothérapique s'adressant à des victimes ayant subi, individuellement ou collectivement, une exposition à un événement potentiellement traumatique, menaçant leur intégrité physique et leur organisation psychique. La prise en charge est pluridisciplinaire. L'équipe est composée de psychiatres, de psychologues, d'un infirmier référent et d'une assistante sociale. Le délai de réponse à la demande est d'au moins 48 heures.

L'infirmier référent propose une consultation entre 48 et 72 heures. Durant cette consultation, il évalue la symptomatologie du patient.

L'équipe du Centre Médico-Psychologique propose cette prise en charge rapide et spécifique, en espérant ainsi diminuer l'impact du « traumatisme » psychique et prévenir l'installation d'une pathologie traumatique chronique.

L'équipe propose des prises en charge en individuel, en groupe (groupe de parole) et des activités thérapeutiques (relaxation notamment).

De 2001 à 2015, 250 patients ont consulté à la Consultation de Victimologie et de Psychotraumatisme.

Parmi les patients consultants, il existe deux fois plus de femme que d'homme. Les 2/3 des consultants ont entre 20 et 40 ans, 8 % ont moins de 20 ans, 26 % ont entre 40 et 60 ans. 23% sont des demandeurs d'asile ou des individus en situation d'exil. 1/3 sont des victimes d'abus sexuel.

Durant cette conférence, Monsieur Notté, psychologue, présente l'intérêt d'une approche par l'hypnose dans la prise en charge du « traumatisme » psychique. Il s'agit notamment d'apporter un apaisement, mais aussi une mise à distance des scènes traumatiques grâce à un travail de remaniement du souvenir traumatique par la suggestion et l'utilisation de métaphores, en mobilisant les ressources du patient. Cette technique permet de faire des allers-retours entre les lieux ressources et les moments plus compliqués de l'histoire du sujet.

Les intervenants insistent sur l'importance d'un travail en réseau puisque, même si l'expérience touche un individu, elle implique des répercussions sur le plan familial et social.

7. Le groupe thérapeutique : les outils théoriques et thérapeutiques utilisés lors des « traumatismes » psychiques appliqués aux situations d'exil comme préalable systématique...

7.1 Présentation de l'« Espace Psychothérapique »

L'« Espace Psychothérapique » est créé au Centre Hospitalier de la Chartreuse à Dijon en octobre 2013, avec la collaboration du Laboratoire de Psychopathologie et Psychologie Médicale de l'Université de Bourgogne, sous la responsabilité scientifique du Professeur Khadija Chahraoui, Professeur de psychologie et directrice du laboratoire de psychologie et de psychopathologie clinique de l'université de Dijon, et la coordination de Matthieu Reynaud, Docteur en Psychologie au Centre Hospitalier de la Chartreuse.

A ce jour, les principaux thèmes traités au sein de l'«Espace Psychothérapique» sont les dépressions résistantes, la psychiatrie transculturelle psychotraumatique et les psychoses, mais nous nous intéresserons plus précisément à la consultation transculturelle chez les victimes de traumatismes extrêmes.

7.2 Les intervenants

Plusieurs thérapeutes interviennent ; la thérapeute principale, le Professeur Khadija Chahraoui et des « cothérapeutes » (étudiants psychologues, psychologues, psychiatres et interne en psychiatrie). Il s'agit d'un lieu favorisant les échanges sur les pratiques professionnelles entre les cliniciens. Notre groupe est constitué d'intervenants de pays différents (Maghreb, France, Arménie, Turquie). Au total, neuf intervenants prennent place autour du patient.

7.3 Le déroulement de la séance

Les intervenants sont disposés de façon circulaire. Le groupe forme un cercle et le patient fait partie du cercle. Le patient se met toujours à la même place, il a une place attitrée comme la thérapeute principale. La place des « cothérapeutes » n'est pas fixée mais chacun retrouve sa place au fur et à mesure des séances.

A chaque début de séance, la thérapeute principale entame la consultation avec le patient. Elle seule peut poser directement les questions au patient. L'entretien débute par des questions portant sur la santé générale. V. Mazur et K. Chahraoui, dans *Psychopathologie des demandeurs d'asile accueillis en République slovaque. Etude portant sur 40 requérants*, expliquent que les sujets évoquent leurs souffrances somatiques avec plus de facilité, et que, plus progressivement, ils peuvent partager leurs souffrances psychiques [80].

Ensuite la thérapeute principale donne la parole au groupe, chacun s'adressant au patient par l'intermédiaire du thérapeute principal ; c'est-à-dire que nous regardons la thérapeute principale pour rapporter nos impressions sur ce que le patient a mis en mot lors de la séance. Ensuite le patient valide ou non, soit par des gestes (hochement de tête par exemple), soit verbalement en rebondissant sur ce qui vient d'être dit. Il peut ainsi faire parfois d'autres liens, ce qui permet de relancer l'échange. La thérapeute principale occupe une place qui vient trianguler l'expression et les représentations du patient, avec les représentations et l'expression du groupe de « cothérapeutes ».

Cette place du *troisième*, extérieur à la dualité et neutre autant que possible, permet ainsi d'enrichir les représentations de l'individu de la signification qu'elles peuvent avoir aussi pour l'autre, renforçant la compréhension de nos subjectivités (« comprendre l'autre n'est plus le juger »), celles des uns et des autres (le patient ne se sent plus jugé par l'autre, et ne juge plus lui-même l'autre. Il se sent compris par l'autre et il comprend l'autre) ; et venant favoriser la dialectique du patient et son questionnement introspectif dans un climat plus apaisé et favorable [2] [70].

En s'appuyant sur les travaux d'autres auteurs, G. Coyer reprend, dans son article de 2014, l'idée que les thérapeutes sont des médiateurs interculturels, « des agents de transformations et de passerelles entre des univers qui s'ignorent a priori », permettant la compréhension et l'explication de l'écart « entre ici et là-bas, entre le code restreint et le code élaboré » [31].

Une séance dure de 30 minutes à une heure. A la fin de la séance, nous prenons un temps de discussion sur les impressions que nous avons partagées avec le patient et sur ce que nous n'avons pas pu ou voulu exprimer lors de l'échange, jugeant que le patient n'était pas prêt ou que nous souhaitions pouvoir en parler la séance suivante pour ne pas précipiter les choses.

7.4 L'objectif du dispositif

Le groupe joue le rôle d'*espace transitionnel* de soins selon les conceptions de D.W. Winnicott développées en 1951 [93].

Selon la théorie, pour se séparer de sa mère l'enfant utilise un objet. Cet objet permet à l'enfant de faire l'expérience d'une séparation progressive et par étape, et ainsi de moins souffrir lors de cette séparation d'avec sa mère. Par conséquent, il l'aide également à parvenir à s'ouvrir au monde. Cet objet dit transitionnel est un élément établissant un lien psychique entre l'enfant et sa mère alors absente physiquement (l'enfant attribue à l'objet des éléments de représentation psychique attribués à la mère), et l'aide à combler la source de l'angoisse suscitée par la séparation physique, extérieure. Avec cet objet, un contact s'établit entre la *présence* des représentations psychiques et internes de l'objet ; et l'*absence* physique et externe de l'objet manquant, substitué par l'*objet transitionnel*, investi des mêmes représentations.

Dans le cas des patients en situation d'exil, déracinés de leur pays d'origine, devant faire face à la culture du pays d'accueil, nouvelle culture dont les représentations sont parfois loin de leurs représentations personnelles, encore actuelles ; la relation thérapeutique au sein du groupe joue le rôle d'*objet transitionnel* pour les aider à faire face à l'angoisse de l'intégration. Les patients font l'erreur de penser (comme d'ailleurs beaucoup de personnes avec eux) que l'intégration à leur nouveau milieu nécessite la *désintégration* des liens avec leur passé, leur histoire et leur identité originelle. De ce sentiment erroné naît cette angoisse fondamentale. L'*objet transitionnel* permet de corriger ce sentiment erroné en faisant l'expérience de la coexistence possible des nouvelles représentations sans devoir perdre les anciennes.

Comme le propose la théorie, en permettant ce lien entre *l'Avant* et *l'Après*, il est alors possible de s'ouvrir plus facilement à ce nouveau monde. En pratique, les patients vont également mieux faire face aux difficultés sociales auxquelles ils sont confrontés.

Cet espace permet l'articulation entre le pays d'origine et le pays d'accueil (avec un rétablissement de la continuité géographique), entre le passé et l'avenir (avec une meilleure continuité de la temporalité, sans réelle rupture), entre les valeurs culturelles d'origine et celles du pays d'accueil (sans qu'elles soient exclusives les unes des autres).

L'épreuve de réalité au sein du groupe thérapeutique remet en question cette position d'exilé, lui montre qu'elle n'est pas inéluctable, et lui permet de la modifier en lui restituant un ancrage, en l'aidant à se dégager du sentiment d'exil et en l'aidant à pallier cette rupture du sentiment d'appartenance.

Le Docteur D. Mbassa Menick, dans *Impact de la culture dans la transmission des valeurs à l'enfant en pratiques éducative, familiale et sociale en Afrique*, précise en effet que le sentiment d'appartenance est nécessaire pour se structurer et se construire et qu'il « prend une part importante dans la construction de l'identité d'un sujet et a, de ce fait, une importance certaine dans le développement de sa future personnalité »[81].

Le groupe thérapeutique fait lui-même partie intégrante de ce monde nouveau, de ce temps de *l'Après*. Il autorise les patients à s'intégrer avec leur passé, leur histoire d'ailleurs et d'avant, leur identité, puisque le groupe signifie la valeur et la reconnaissance de cet ancien monde qu'est le leur. Il accueille ces vies passées en son sein comme il accueille les individus eux-mêmes... Ils ne sont pas des *corps étrangers*, des ennemis, puisqu'ils sont encouragés à garder leur identité par le groupe lui-même, *représentant de ce nouveau monde*... Cet accueil inclut le respect de leur personne, sans négociation...

Les patients ne sont plus en devoir de choisir (comme ils avaient pu le penser), entre une trahison et une autre, entre une mort et une autre, l'une étant le prix de l'autre et vice-versa (l'absence d'intégration, d'adaptation, d'une survie possibles, en refusant la réalité des lieux pour ne pas se perdre, pour rester soi ; ou la perte de leur identité de sujet, de qui ils sont, la désintégration de leur vie et de leur existence, pour ne pas rester les étrangers, les ennemis, pour se fondre dans la masse, dans le décors). Ils restent eux-mêmes et, pour autant, ils ne sont pas en danger. Il n'y a pas d'hostilité (au moins au sein du groupe...).

Le groupe produit un effet de contenance, de portage, de soutien et d'étayage pour les individus coupés de leur cadre originaire. Il s'agit ainsi de proposer un socle sécurisant pour ces patients.

En 1962, Wilfred Bion construit le modèle du « contenant-contenu » chez le bébé qui montre la nécessité de la présence d'un contenant dans l'expérience chaotique. Le contenant permet d'accueillir et de transformer cette expérience chaotique, à la base du développement de son propre appareil à penser. L'objet contenant transforme les éléments « béta », éléments bruts projetés, en éléments « alpha », éléments disponibles pour la pensée [17].

Avec le groupe et au cours de la séance, par cette vertu de contenant, la parole peut ainsi circuler et, petit à petit, aider le patient à construire son récit et lui permettre de rétablir une continuité de son roman autobiographique. Cette réalité du groupe aussi comme *présence de contenant*, constitue une raison supplémentaire de l'engagement des intervenants dans une écoute attentive.

A. Courtois, Professeur de psychologie clinique et du développement à l'Université Libre de Bruxelles, définit la pratique thérapeutique à plusieurs comme « une matrice de résilience », matrice permettant de restaurer ou d'asseoir une sécurité de base, un cadre sécurisant. La pratique thérapeutique à plusieurs apporte une plus grande créativité du fait d'une approche plurielle, de l'éclairage de chacun des thérapeutes et d'une compétence dans des domaines complémentaires, dans le respect de la vision de l'autre ; avec pour finalité des effets thérapeutiques « décuplés » [30]. Plus loin, l'auteur explique que cette « matrice » renforce le sentiment d'appartenance et d'identité collective et que, « plus ce sentiment est grand, plus il permet à chacun d'acquérir davantage une possibilité de "je", de différenciation par rapport au système de valeurs du groupe » [30].

7.5 Le lien thérapeutique

Même si les soignants sont d'origines professionnelles et culturelles variées, il faut mettre en avant la complémentarité des intervenants et montrer au patient une cohérence forte du groupe. Cela permet ainsi au patient d'avoir le sentiment d'un lien thérapeutique fort, capable de supporter ses attaques et son ambivalence au sein du groupe.

Le patient est libre de partir et de revenir. Certains annulent leur consultation à la dernière minute, ce qui ne nous empêche pas de leur redonner rapidement un autre rendez-vous. Cela renforce le sentiment d'une *permanence* du groupe pour le patient, indépendamment de sa propre position et de sa fragilité.

Le patient sait qu'il a une place au sein du groupe. Même s'il peut lui arriver de ne pas se présenter à plusieurs séances, parfois sans avertir, il bénéficie toujours de sa place. Il fait ainsi l'expérience de l'importance de cette place et de sa valeur pour le groupe, ce qui peut favoriser la reconnaissance qu'il a lui-même de sa propre place et de l'importance de celle-ci.

Même après la guérison, le groupe reste ouvert pour certains qui le souhaitent, avec la possibilité de revenir s'ils en ressentent le besoin. Ceci confère au patient le sentiment d'exister dans l'esprit d'un autre et de garder une place au sein d'un groupe, même en l'absence de lien physique. La persistance de la représentation d'un lien vient favoriser le sentiment d'un certain ancrage dans la réalité ; par cette existence de l'autre, du groupe, pour qui le patient continue lui-même d'exister.

Nous proposons au patient des entretiens à intervalles réguliers pour lui redonner le sentiment d'une rythmicité et d'une continuité dans son histoire de vie. Le vécu de l'expérience traumatique et les pathologies qu'il implique altèrent la perception du temps.

Dans un article paru en 2001, C. Bittolo, psychologue et psychanalyste, insiste sur le lien entre la rythmicité des rencontres et l'appropriation progressive d'une temporalité et d'une rythmicité interne [14].

7.6 La mise en récit

Nous devons avoir à l'esprit que *l'acheminement de la parole* est souvent compromis chez les personnes ayant vécu des événements traumatiques extrêmes [63].

G. Coyer, dans son article *Médiation culturelle : une mutuelle interprétation*, écrit qu'« au-delà des mots, il est en effet question de vécus, qui ne sont pas seulement à traduire, mais à recueillir, à accompagner, et à transmettre » [31].

Permettre la mise en mot, c'est permettre de *recoudre les morceaux* d'un psychisme désorganisé (désorganisation consécutive à un débordement du fonctionnement), d'un moi *déchiré*.

Permettre la mise en mot, c'est leur permettre de retrouver du signifiant ; redonner un sens à leur vie, donner un sens aux blessures, retrouver le sentiment d'être entier.

Permettre la mise en mot, c'est les aider à faire évoluer l'image qu'ils ont d'eux-mêmes, leur permettre de réinvestir leur existence, leur permettre de maîtriser progressivement leurs angoisses et les aider à mettre à distance l'expérience traumatique.

Permettre la mise en mot, permettre la parole, c'est, au total, leur donner le sentiment d'avoir *trouvé* leur place dans le monde des hommes.

V. Mazur et K. Chahraoui écrivent : « Chaque sujet se souvient et partage son passé à sa manière, selon la personnalité, l'âge, les croyances et l'habitude de verbaliser ses ressentis. » [80].

Pour M.-S. Kim et D. Derivois, les pensées s'organisent au fur et à mesure que les discours s'élaborent [68].

S. Behaghel dans son livre *Traumata et narcissisme* écrit : « La parole n'est pas toute puissante. C'est le travail psychique qui permet une assimilation du vécu et, de là, une certaine distance émotionnelle. » [11].

Que nous soyons face à un patient, un migrant ou un être humain tout simplement, nous sommes face à des histoires de vie qui ne sont plus linéaires ; les parcours sont sinueux avec de multiples bifurcations (divorce, séparation, déménagement, migration, naissance d'un enfant, changement d'emploi, etc.).

Comment établir une continuité et une permanence, de toute cette complexité ? Comment l'individu peut-il structurer son discours, faire état de son récit lorsqu'il n'a pas la possibilité personnelle de le réaliser du fait de son capital culturel, ou si par exemple il ne maîtrise pas la langue ? L'accès aux soins, aux mesures d'aide et de soutien dépendent de tous ces paramètres.

A. Ciccone, Professeur de psychopathologie et de psychologie clinique, déclare : « Ce qui soigne n'est pas tant de décharger par la parole, ni de voir les fantasmes dévoilés et rendus conscients, ce qui soigne est l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse, trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue. » [23].

Le soin que nous proposons au sein de l'« Espace Psychothérapique » apporte cette contenance des émotions et des pensées au patient qui ne peut les contenir, les tolérer et les penser. Le groupe héberge, contient, pense et transforme l'expérience du vécu traumatique du patient.

A. Ciccone propose également que « contenir une expérience c'est la comprendre » [23].

Etymologiquement, « comprendre » c'est « prendre » (saisir), « avec » (ensemble) (*cum*, « avec », par extension ensemble ; *prehendere*, « prendre », « saisir »).

Il s'agit de permettre au patient de comprendre son expérience à travers cette contenance et cette transformation, par cette alliance au groupe lui-même, pour donner du sens à sa douleur psychique.

Le thérapeute repère les points de force du patient ; les secteurs de sa vie qui sont fonctionnels ou bien les domaines dans lesquels il s'épanouit, pour permettre ce travail psychique d'aller-retour vers un nouvel espace de sécurité, de partage, d'accueil et de ré-individuation.

7.7 En réalité, une *co-narration*

Dans le groupe, les « cothérapeutes » pensent de manières différentes. L'objectif est de penser ensemble de manière plurielle. C'est ce qui fait la richesse de l'échange et du travail d'élaboration. La finalité est de faire se croiser les représentations qui émergent, de donner corps à l'échange. Les « cothérapeutes » se complémentent, partagent leurs compétences pour une prise en charge du patient dans sa complexité.

G. Bensasson, dans son article de 2011, écrit : « Plus on a de référents, plus il nous est facile de les manipuler et d'en construire une mosaïque riche et diversifiée qui se rapprochera plus sûrement de la réalité de ce territoire inconnu auquel on se confronte. » [12].

Il s'agit de mettre en place une *co-narration* pour permettre de lier les différents éléments de l'histoire du patient, pour lui en rendre une cohérence.

Nous agissons en qualité de co-auteur.

Dans le groupe, certains thérapeutes possèdent des connaissances sur les représentations culturelles du pays d'origine du patient. En partant des représentations culturelles du patient ou en partant des représentations, des images, des proverbes du pays d'origine des intervenants, nous aidons le patient à ré-approprier son histoire et à retrouver son identité fragmentée par l'exil ou le vécu d'un événement traumatique.

Le patient peut aussi s'identifier de manière différente à chacun des membres du groupe. Chaque relation transférentielle est également différenciée. Les intervenants réagissent avec des référents et des grilles d'analyse qui leurs sont propres tout en veillant à utiliser un langage compréhensible et communicable à tous et surtout au patient.

7.8 L'utilisation des rêves

Le rêve est porteur de sens, de signification spirituelle, dans de nombreuses cultures.

Les rêves permettent d'accéder à des vérités cachées. Ils permettent de rejouer, de réorganiser certaines informations, de consolider leur mise en mémoire. Il s'agit d'un environnement virtuel permettant de réguler des états émotionnels.

Alors que certains se rappellent en détail de leurs rêves, d'autres ne se souviennent pas de ce qu'ils ont rêvé voire s'ils ont rêvé.

Au sein du groupe, les rêves sont une source importante de réflexion sur les liens familiaux, sur les angoisses, sur les peurs, ..., du patient.

Didier Anzieu traite également de la fonction vitale du rêve qu'il décrit comme un travail « de reconstruction quotidienne de l'enveloppe psychique » [5]. Il décrit quatre fonctions pour les rêves psychotraumatiques ; une fonction de réparation de la blessure narcissique infligée par le fait d'avoir subi un traumatisme, une fonction de restauration de l'enveloppe psychique déchirée par l'effraction traumatique, une fonction de rétablissement du principe de plaisir dans le fonctionnement de l'appareil psychique que le traumatisme a fait régresser à la compulsion de répétition et enfin, pour Didier Anzieu, les rêves psychotraumatiques permettent de maîtriser rétroactivement les circonstances déclenchantes du traumatisme.

L'appareil psychique peut ainsi évacuer la surcharge d'excitation liée au traumatisme pour rétablir l'intégrité de l'enveloppe psychique, car « l'illusion peau du rêve masque un Moi-peau irrité et à vif » [5].

7.9 La question du recours à un interprète

Au sein du groupe, nous sommes parfois confrontés au problème de la langue du patient. Même si les intervenants sont d'origines culturelles variées et même si certains maîtrisent plusieurs langues, l'échange peut parfois s'avérer difficile. Pour donner à ces patients la possibilité d'être compris, nous pouvons avoir recours à des interprètes. Parfois il s'agit d'un membre de la famille, mais avec une difficulté en terme de neutralité de ce nouvel acteur dans la prise en charge.

Lorsque l'interprète est un soignant (un infirmier le plus souvent), il lui est parfois difficile de traduire et transmettre exactement ce que le patient souhaite réellement dire. Parfois il est difficile pour cet intervenant, du point de vue de sa propre réalité psycho-affective, de supporter le récit que le patient veut nous faire partager.

Une infirmière n'a pas souhaité revenir. La patiente était mère de plusieurs enfants, dont elle se trouvait éloignée du fait de son hospitalisation en psychiatrie pour un trouble d'ordre psychotique. La mise en mots de cette difficulté de la séparation à laquelle elle faisait face dans cette situation semblait trop résonner chez notre interprète...

7.10 Le contre-transfert

J.F. Rouchon, sous la direction de Marie Rose Moro, dans sa thèse soutenue en 2007, décrit quatre fonctions du contre-transfert permettant la facilitation du processus analytique nécessaire pour la compréhension du patient [88].

Elle illustre la fonction de « pare-excitation » du contre-transfert. Elle décrit qu'il s'agit d'un mécanisme de défense pour le psychisme de l'analyste, face à l'irruption parfois violente des affects du patient et des siens propres, nécessaire pour le bon déroulement de la séance.

Elle illustre ensuite la fonction de liaison d'un affect, d'une émotion aux représentations mentales du patient pour permettre l'interprétation.

Elle décrit la fonction de signal ; signal indiquant à l'analyste qu'il se déroule entre lui et son patient quelque chose qui se doit d'être analysé.

Enfin, elle décrit la fonction de contenance et de transformation par l'analyste des expériences et des pensées du patient (pour nous, par le retour de la parole).

Plus loin, elle développe la notion de contre-transfert culturel en lien avec des éléments propres à l'analyste (son appartenance à un groupe culturel, ses représentations, ses théories, son âge, son sexe, sa langue, etc.), dans la rencontre avec le patient et lors des réactions subjectives émergeant chez lui, le thérapeute.

Lors de la séance, une part de l'intervenant observe et une part éprouve, selon ce que le patient exprime, souvent simultanément mais dans des proportions variables. Le partage avec le patient d'un certain nombre de sentiments éprouvés par l'intervenant lors de la séance est un élément majeur du lien thérapeutique. La reconnaissance mutuelle de ces sentiments fait progresser le processus thérapeutique.

Du contre-transfert, D.W. Winnicott en donne cette définition : « L'usage que l'analyste peut faire de ses réactions conscientes et inconscientes à l'impact du psychotique, ou de la partie psychotique du patient, sur sa personnalité à lui, analyste, et les répercussions de cet impact sur son attitude professionnelle. » [94].

A l'écoute du patient, l'état psychique et physique du thérapeute va se trouver modifié. Le contre-transfert culturel dépend de l'histoire du thérapeute, de son travail personnel et du ou des référentiel(s) théorique(s) qu'il utilise.

Tobie Nathan, dans son œuvre *La folie des autres*, écrit : « Par un processus subtil, [les patients d'une autre culture] bloquent notre pensée : trop étranges par certains côtés, c'est-à-dire trop lointains, mais aussi trop proches du fait de l'apparente crudité de leurs représentations. » [83]. C'est aussi cette « inquiétante étrangeté », pourtant si familière en nous, qui se révèle alors à nous, si nous reprenons le texte freudien [52].

Lorsqu'un thérapeute prend en charge un patient victime d'un événement traumatique, il peut se sentir dérouter par le vécu traumatique de son patient ou bien présenter une réaction de recul par rapport à la violence ou l'horreur rapportée.

Laurent Tigran Tovmassian précise que ces situations mettent à l'épreuve et en question l'identité de l'analyste constituée tout au long de son propre parcours de vie [90].

Helena d'Elia, dans *Clinique du trauma* paru en 2014, explique que l'analyste, confronté à la souffrance et à l'horreur vécues par le patient, accueille et se laisse traverser par l'horreur que l'autre tente de lui faire entendre, « sans pour autant la laisser s'installer chez lui » [18].

II- Illustrations cliniques

1. Monsieur M.

Monsieur M. consulte pour la première fois le 28 mai 2014.

La séance débute par la présentation de la consultation et du groupe par la thérapeute principale.

1.1 Eléments biographiques

1.1.1 Histoire de vie et parcours d'exil

Monsieur M. est originaire du Congo. Il arrive en France en juillet 2013. Il quitte le Congo en octobre 2012 et se rend dans un premier temps aux Pays-Bas, pays dans lequel il nous dit qu'il y avait la difficulté de la langue. Monsieur M. parle très bien le français.

Il vient de consulter au Centre Hospitalo-Universitaire de Dijon pour malaise dans les suites d'une bagarre avec un ami mais avec le sentiment qu'il se battait contre un esprit, situation qu'il a déjà éprouvée à deux reprises lorsqu'il se trouvait aux Pays-Bas.

Il a été hospitalisé sur le pavillon Elipse (Equipe de Lien Interface Psychique au Service des personnes Exclues du Soins) du Centre Hospitalier de la Chartreuse à Dijon.

Au Congo, Monsieur M. était bénévole à la Croix-Rouge, son travail consistait à classer les morts à la morgue : « J'avais plus de place pour les classer, les corps déchiquetés à côté, les corps complets à côté. »

Les militaires ont ordonné que les corps soient immolés. Monsieur M. et ses camarades ont refusé, et Monsieur M. a été emprisonné six mois. Pendant son emprisonnement, il a été victime de violences physiques et nous rapporte avoir bénéficié de trois opérations car son rein était touché.

A côté de son activité de bénévole, Monsieur M. était enseignant de français dans un collège.

1.1.2 Contexte familial

Il est marié et a sept enfants. Il n'a plus de nouvelles de son épouse restée au pays. Lors de cette consultation il dira : « Je ne pense qu'à eux. »

Il nous rapporte des images de son vécu : « Je suis menacé, je suis torturé, dans la prison comme à la mort, depuis la mort jusqu'à la prison. ». Il décrit de la colère, « beaucoup de colère » et « on comprend pas pourquoi ».

Il décrit des céphalées pour lesquelles il a bénéficié d'examens d'imageries qui n'ont rien trouvé.

Monsieur M. recourt à la prière.

A la question de la thérapeute principale : « Si vous avez ce problème en Afrique ça se guérit avec des prières ? »

Monsieur M. répond : « Oui, chez nous tout se guérit avec des prières, des charlatans. »

La thérapeute principale exprime ensuite : « C'est important que vous ayez fait des prières. »

Monsieur M. répond : « Ça m'a soulagé. »

1.2 La demande de Monsieur M.

« Je veux qu'il y ait des gens qui m'aident à comprendre, si c'est possible. »

1.3 Consultations suivantes

1.3.1 Lors de la deuxième consultation

Monsieur M. est de nouveau hospitalisé au Centre Hospitalier de la Chartreuse, sur le pavillon Rameau (Unité d'entrée ouverte de Psychiatrie).

Alors qu'il dormait chez un compatriote, dans la chambre des enfants, il a fait des cauchemars : « Les enfants ont paniqué, je disais ils vont m'abattre, ils vont m'abattre. »

Il décrit des visions : « J'ai l'impression de voir des gens qui me suivent, vraiment... », et précise : « Ils cherchent à me faire mal, ils tirent. »

Il exprimera ensuite : « Je n'en peux plus je veux me suicider. »

La thérapeute principale reprend : « Vous m'avez dit la dernière fois que vous aviez organisé des prières et que ça allait mieux, et maintenant ? »

Monsieur M. : « Je vais essayer de prier de nouveau. »

La thérapeute principale propose « d'organiser des prières avec des compatriotes ».

Monsieur M. exprime : « En tout cas quand je suis avec je me sens un peu soulagé. »

La thérapeute principale fait préciser : « Vous vous sentez un peu protégé ? »

Monsieur M. rebondit : « Oui, éliminer les esprits avec les prières. »

Nous apprendrons lors de cette séance que le père de Monsieur M. est décédé alors qu'il avait 4 ans. Ses parents étaient cousins. Il a 2 grandes sœurs. Il a vécu ensuite avec sa mère qui ne s'est jamais remariée.

Il nous explique que la famille paternelle n'était pas d'accord avec ce mariage car dans sa culture « l'enfant n'est pas protégé car c'est la même famille ; s'il arrive quelque chose l'autre famille ne peut pas aider l'autre comme il s'agit de la même ».

Il rapporte qu'il a ressenti le manque de son père en permanence, qu'il n'était pas là pour le protéger, qu'il n'avait aucun soutien des grands-parents paternels mais que ses grands-parents maternels se sont bien occupés de lui.

1.3.2 Consultation du 9 juillet 2014

Monsieur M. décrit des cauchemars qui sont revenus depuis une semaine et qui l'envahissent. Il présente des difficultés au niveau du sommeil et des peurs la nuit.

Il est contraint de quitter la maison de son ami.

Il doit également se battre dans les démarches administratives.

Il exprime faire régulièrement des prières qui n'ont pas fonctionné.

1.3.3 La consultation suivante

Monsieur M. décrit une diminution des cauchemars.

Il précise : « Je suis allé voir le prêtre, il m'a donné de l'eau bénite. » Il n'a toujours pas de nouvelles de sa famille. Finalement, il réside toujours chez son compatriote.

Face à la tristesse et aux cauchemars, Monsieur M. dit s'arranger pour « être toujours autour de gens, discuter, parler ; il y a des gens parfois qui sont à la maison, je m'arrange à avoir des sujets de façon qu'on reste le plus longtemps possible pour que je dorme aussi dans des heures tardives ». Nous apprenons que des amis sont prêts à se relayer pour que Monsieur M. ne soit pas seul.

1.3.4 Plusieurs mois plus tard

Il revient en consultation et nous apprend qu'il a perdu un de ses enfants, âgé de 15 ans, malade de la typhoïde.

Monsieur M. dit prier pour son fils décédé. Financièrement, il ne peut pas aider ses proches restés aux pays. Il n'a toujours pas de lien avec sa famille. Il a appris le décès de son fils par des intermédiaires.

Au sein du groupe, nous reconnaissons le sentiment d'impuissance qu'il peut éprouver face à cette perte, les sentiments de ne pouvoir être présent, d'être seul en France, que ses proches ont la possibilité de se regrouper pour ce dernier voyage sans lui, et de ne pas pouvoir non plus aider financièrement pour l'enterrement.

La thérapeute principale intervient : « Vous avez au moins fait ce qu'il était possible de faire à travers les prières, c'est important ça. »

Une des cothérapeutes précise : « C'est une manière d'être en relation avec la famille, avec votre fils. »

Un des cothérapeutes demande : « Est-ce que quelque chose vous apaise quand vous n'allez pas bien du tout ? »

Monsieur M. répond « la prière ».

Le cothérapeute intervient de nouveau : « Je pense que c'est important qu'aujourd'hui on vous accompagne pour essayer de porter cette souffrance, de l'envelopper, de la contenir, pour qu'elle ne vous détruise pas à l'intérieur ; on a compris que c'était extrêmement douloureux mais on est là, présent, à votre écoute. »

Monsieur M. partage avec nous l'importance du soutien dont il bénéficie avec son compatriote qui l'héberge, qu'il considère presque comme un membre de sa famille : « Si j'étais pas entouré je sais pas ce que je deviendrais dans tout ça. Je suis sûr que je serais plus en vie, j'allais me faire mal c'était sûr, quand je suis seul j'ai des envies suicidaires. »

1.3.5 Consultation du 6 janvier 2015

Monsieur M. a obtenu le statut de réfugié. « J'ai tout donné » nous dira-t-il concernant son récit de vie auprès de l'OFPRA. Il est souriant. Il se projette dans l'avenir et son prochain objectif est de pouvoir retrouver sa famille dont il a enfin pu avoir des nouvelles par téléphone.

1.4 Discussion autour du cas de Monsieur M.

Monsieur M. a été exposé à l'expérience de sa propre mort dans un contexte de violences physiques ayant nécessité plusieurs opérations chirurgicales. Il a été confronté à la mort de l'Autre, aux corps mutilés de par son travail en tant que bénévole à la Croix-Rouge. Il en résulte des troubles du comportement et du fonctionnement cognitif (sentiment de se battre avec des esprits). Il présente des reviviscences la nuit à travers les cauchemars et la journée par des images et des visions qui s'imposent à lui et qui l'envahissent.

Il existe une problématique dépressive sous-jacente au traumatisme dans le cas de Monsieur M., consécutive à la mort du père. D'autres affects dépressifs se manifestent lors du décès de son fils accompagnés de sentiments d'impuissance et de culpabilité. Ces troubles thymiques doivent aussi être traités.

Pour Monsieur M., l'abord par l'Église qui lui permet de parler de Dieu avec ses compatriotes, et l'abord par le groupe qui lui permet de parler de ses difficultés sont complémentaires.

Lorsque sa situation sociale se stabilise, nous avons au sein du groupe le sentiment qu'il reprend sa place d'homme, de mari, de père, de professeur, de sage aussi. Il peut se projeter dans l'avenir.

Il a investi le suivi et l'espace d'écoute.

1.5 Résultats

Intérêt de l'approche groupale dans ce cas :

Monsieur M. dispose d'une bonne qualité de communication. Il a partagé avec le groupe son esprit pédagogue.

Il bénéficie également de l'accompagnement de ses compatriotes, toujours prêts à se relayer auprès et autour de lui.

Les dimensions étiologiques culturelles et traditionnelles évoquées au sein du groupe ont permis de structurer les entretiens et de structurer la réorganisation du vécu du patient. Sa foi l'animait et nous l'avons utilisée comme levier thérapeutique.

Le groupe a apporté contenance et portage, permettant à Monsieur M. de tenir face aux événements.

2. Madame B.

C'est une patiente que nous rencontrons le 3 décembre 2015. Nous ne l'avons pas revue par la suite.

2.1 Motif de consultation

La patiente a été informée de l'existence du groupe par une connaissance. Elle se présente à la suite d'un refus de sa demande d'asile.

La thérapeute principale commence par la présentation du groupe.

2.2 Eléments biographiques

2.2.1 Histoire de vie et parcours d'exil

Madame B. est originaire du Congo, pays qu'elle quitte en mai 2013. Elle était militante pour un parti politique adverse du parti au pouvoir. Elle distribuait des affiches en faisant du porte à porte.

Alors qu'elle se trouve à l'aéroport, attendant l'arrivée du président, elle est arrêtée : « Le policier a commencé à jeter, il a commencé à frapper, il m'a arrêté moi, il m'a donné un coup, quand j'ai commencé à saigner il m'a mis dans le 4 x 4. » Puis elle est emprisonnée.

En prison, elle déclare avoir été victime de violences physiques et sexuelles : « Ils m'ont condamnée du 24 octobre jusqu'au 24 décembre 2011, là-bas ils ont commencé à violer moi, le 24 décembre il m'a libérée moi je suis partie à l'hôpital pour commencer à faire soigner les MST, j'ai pris les médicaments, j'ai été hospitalisée. »

Après sa libération, Madame B. poursuit ses activités politiques. Alors qu'elle allait accueillir le président, elle est arrêtée pour la deuxième fois : « On était arrivé on a pris le bus pour accueillir notre président, c'était le matin les policiers ont commencé à nous tabasser, après on m'a arrachée moi encore, mon ami il était mort sur place là-bas. »

Ensuite, elle dit avoir été conduite dans une pièce isolée : « On a commencé à tabasser moi, à violer moi, j'ai des cicatrices encore, après le policier il m'a dit moi je vais aller à la prison. »

Elle est ensuite libérée grâce à son oncle major, et elle est conduite chez un ami près de l'aéroport. Elle peut s'enfuir pour la France le 27 mai 2013.

2.2.2 Contexte familial

Elle est fille unique, a un concubin et un enfant âgé de 7 ans qui ont également fui le pays, mais dont elle n'a pas de nouvelles.

Son père, trésorier du parti, a été assassiné. Sa mère vit encore au village, elle est souffrante.

Elle vit en France avec son fils de 21 mois.

2.3 La thérapeute principale donne la parole au groupe

Au sein du groupe, après l'intervention des cothérapeutes, nous renvoyons à la patiente que nous avons entendu sa tristesse, les nombreuses pertes et les événements de vie lourds auxquels elle a pu être confrontée dans son parcours de vie, au sentiment de solitude et d'isolement auquel elle doit faire face actuellement.

Nous comprenons que Madame B. a suivi le chemin de son père en s'investissant dans ce parti, qu'elle dispose d'une force intérieure qui lui a permis de reprendre son activité après sa première arrestation.

2.4 Discussion autour du cas de Madame B.

Nous sommes unanimes sur le sentiment que le parti pour lequel Madame B. travaillait « lui a pris » son père et son oncle, et qu'il s'agissait pour elle d'une façon de faire vivre ses proches disparus.

Certains des cothérapeutes ont eu le sentiment que le discours de Madame B. était plaqué, détaché voire récité. La thérapeute principale précise que nous n'avons pas eu accès à son individualité, que la rencontre avec Madame B. n'a pas eu lieu, qu'elle est restée très factuelle.

Une des thérapeutes partage son sentiment d'avoir été en grande partie instrumentalisée car Madame B. a effectivement déjà fait une demande d'asile qui lui a été refusée et à la fin de la séance elle demande une attestation de présence.

Une autre partie des thérapeutes expliquent le sentiment de détachement de Madame B. comme le signe d'une très grande souffrance, la manifestation d'un mécanisme de défense majeur.

Nous sommes unanimes sur le fait qu'il faudra attendre la prochaine consultation pour obtenir un récit plus « incarné », un récit animé par la vie intérieure.

Nous avons essayé de mobiliser la patiente à travers le questionnement de la protection qu'elle reçoit de son père défunt mais elle n'a pas rebondi sur nos interventions.

2.5 Résultats

Les limites :

Nous n'avons vu la patiente qu'une seule fois.

Sa demande et son attente par rapport au groupe n'ont pu être identifiées lors de cet entretien.

Intérêt de l'approche groupale dans ce cas :

La pluridisciplinarité est fondamentale et complémentaire. Elle permet d'apporter des regards croisés pour une meilleure appréciation de la situation clinique.

Certains ont le sentiment d'un discours détaché alors que d'autres relient ce détachement à un mécanisme de défense.

3. Madame D.

Madame D. est une patiente d'origine Martiniquaise. Elle consulte pour la première fois le 18 septembre 2014.

La thérapeute principale présente le groupe lors de la première séance.

3.1 Contexte familial

Madame D. est mariée, elle a 2 enfants (5 ans et 15 mois).

Sa mère est restée en Martinique, elle ne connaît pas son père. Son mari est militaire.

3.2 Motif de la consultation

Elle a été victime d'un grave accident de la route en décembre 2013, avec des dommages corporels (fracture du sternum).

Depuis son accident, elle présente un ESPT chronique complet avec syndrome de répétition, reviviscences, cauchemars répétitifs, troubles du sommeil, phobie de reprendre le volant, irritabilité, accès de colère, impulsivité, sentiment de ne plus être comme avant. Elle n'aime pas sa vie de maintenant. Elle s'est vue mourir et a cru être morte. Il existe une atteinte de l'intégrité physique.

Une détresse psychique survient lors de l'exposition à des éléments susceptibles de rappeler l'événement traumatique. Il existe également une modification des relations interpersonnelles avec un sentiment de détachement d'autrui.

Suite à l'accident, un cauchemar répétitif s'est mis en place, reproduisant la scène de l'accident. Elle dit alors s'en réveiller terrorisée, en pleurs bien souvent.

3.3 Lors des entretiens suivants

Madame D. débute les entretiens par des plaintes somatiques. « Son corps fait mal. »

Elle décrit un vécu de solitude et de manque, par rapport aux êtres chers qui sont éloignés.

La perte d'une tante dans les suites de l'accident réactive des affects dépressifs chez elle.

Après un départ en mission de son mari, elle décrit un rêve d'elle et de son fils dans lequel elle se voit en train de pleurer la disparition de son fils en regardant une photo. Elle se voit inconsolable.

Nous tentons de trouver avec elle un sens à ce rêve, en mettant en lien la disparition de son fils avec la peur de perdre le mari et ainsi la perte du père de nouveau.

Elle partage, lors d'une séance, les difficultés rencontrées lors de son premier accouchement qu'elle a vécu de manière traumatique (« scène de torture »), associées à un sentiment de solitude et d'abandon devant l'absence du mari et de sa mère.

Elle décrit une culpabilité de ne pas pouvoir aider sa mère financièrement.

Madame D. est dans le contrôle, elle ne s'autorise pas à être heureuse car « il arrive toujours quelque chose » comme le jour de son accident. Elle était heureuse, elle devait passer les fêtes de fin d'année à Paris.

3.4 Discussion autour du cas de Madame D.

Madame D. a été victime d'un grave accident de voiture l'ayant confrontée à l'expérience d'une mort imminente (s'est vue mourir), avec atteinte de l'intégrité corporelle.

Elle manifeste des troubles émotionnels (irritabilité, accès de colère, impulsivité), des troubles somatiques (« son corps fait mal »), des troubles relationnels (sentiment de détachement d'autrui) et des reviviscences à travers des cauchemars.

Ces manifestations s'accompagnent de perturbation sur un plan social (ne sort plus de chez elle, a peu d'activités avec ses amies), et de perturbation sur le plan familial (conflits conjugaux, sentiment de ne pas répondre suffisamment à la demande de ses enfants depuis l'accident).

Ses personnes ressources sont à distance ou inexistantes ; le mari en mission, la mère en Martinique, un père inconnu, une tante décédée.

3.5 Résultats

Les limites :

Il existe une problématique abandonnique chez Madame D. avec un agrippement au groupe et un transfert maternel sur la thérapeute principale.

Intérêt de l'approche groupale dans ce cas :

Devant les nombreuses plaintes somatiques et « ce corps qui souffre », la prise en charge groupale permet de créer une enveloppe corporelle dans un premier temps, puis la sensation retrouvée d'une enveloppe psychique.

Le fonctionnement en groupe facilite le processus associatif chez les thérapeutes et également chez le patient. Les temps de discussion et d'élaboration en fin de séance nous permettent d'avoir une vision plurielle et métissée de la situation clinique et de penser le patient dans sa complexité.

Le groupe permet également d'apporter une contenance pour porter Madame D.

4. Madame A.

Madame A. consulte pour la première fois le 11 mars 2015. L'entretien se déroule en présence de son mari et de leur fille qui fait la traduction.

La thérapeute principale commence par la présentation du groupe.

4.1 Eléments biographiques

4.1.1 Histoire de vie et parcours d'exil

Ils sont originaires d'Arménie. Toute la famille est arrivée en France en octobre 2011. Madame A. était institutrice et son mari directeur d'école. Tous les deux travaillaient dans le même établissement.

Le frère de Madame A. était policier. Lors d'une intervention 2 personnes ont été tuées. Le père d'un des jeunes ayant perdu la vie s'est promis de le venger.

Madame A. a perdu dans un premier temps son père. Son corps a été découvert par la mère de la patiente. Puis elle a perdu sa mère 40 jours après. Le corps a été découvert par une voisine. Un an après elle a perdu son frère dont elle a elle-même découvert le corps sans vie.

Un jour, alors qu'elle rentre chez elle, Madame A. est attendue par 4 malfrats. Elle est blessée par un coup de couteau au ventre, et laissée pour morte au vu de la quantité de sang perdue. Elle est finalement conduite à l'hôpital. Son mari, quant à lui, présente des fractures au visage.

Leur demande d'asile est acceptée en janvier 2014.

4.1.2 Contexte familial

Toute la famille vit dans un foyer. Monsieur a un fils d'un premier mariage resté au pays. Leur fille est scolarisée en CM1.

Madame A. a un autre frère. Il vit en Pologne avec sa famille. Elle a un fils âgé de 23 ans d'un premier mariage, et resté au pays.

4.2 Lors des entretiens

Madame A. décrit des cauchemars ; elle dit revoir sa famille morte.

Elle décrit des images, notamment l'image de ses parents qui reviennent. Elle n'arrive pas à les oublier, et surtout à oublier le moment où ils sont morts.

En France, depuis son arrivée, elle dit ne pas trouver sa place. Même si elle est accompagnée, elle se sent seule.

Lors des différents entretiens, Madame A. rapporte plusieurs cauchemars.

Elle est dans une chambre noire, mais elle monte sur une montagne et elle tombe. Elle va dans une direction mais il n'y a pas d'issue, elle part, elle ne sait pas par où aller.

Elle court dans les cauchemars, elle a peur, elle ne sait pas où elle va ni qui la poursuit, elle ne voit pas de visage, elle pleure, elle court, elle n'identifie pas la personne.

Elle est dans une chambre noire, elle demande de l'aide mais elle ne sait pas à qui, elle n'arrive pas à en sortir.

Elle décrit également des rêves moins cauchemardesques.

Sa grand-mère décédée revient dans son rêve, elle cherche à aller vers elle, Madame A. veut aussi aller vers elle mais ça ne se produit pas. Sa grand-mère lui dit « vient ici c'est mieux ici, tu viens vers moi », Madame A. veut aller vers elle mais elle se réveille.

Dans ses rêves elle voit aussi son fils, elle l'embrasse, le prend dans ses bras et pleure.

A la maison, Madame A. ne s'autorise pas à pleurer. Elle veut surtout protéger sa famille et ne pas les inquiéter.

4.3 Interventions du groupe

Une des cothérapeutes utilise l'image d'une deuxième chance pour Madame A. : « Madame A. a eu le droit à sa deuxième chance, quand elle a dit qu'elle ne pouvait pas tout reconstruire. Je pense qu'elle est destinée à revivre une seconde vie, elle a beaucoup de force qu'elle ne suspecte pas et qui peut lui permettre de se reconstruire ». L'emploi du mot « destinée » renvoie pour nous à l'évocation d'une possibilité, d'une autorisation psychique à refaire sa vie, qu'elle exprime à travers des propos conscients et qu'elle semble aussi remettre en scène dans le récit de ses cauchemars et de ses rêves.

La thérapeute principale intervient par rapport au rêve avec la grand-mère, « elle revient parce qu'elle est soucieuse d'elle, pour un peu avoir des nouvelles, pour un peu la protéger ».

4.4 La prise en charge groupale

Madame A. exprime la sensation d'un allègement lorsqu'elle vient en consultation : « Ici ce n'est pas la pièce noire », « j'ai parlé avec vous, cœur léger. ». Elle sent une bonne atmosphère, une bonne aura nous dit-elle : « Quand je vois les yeux de chacun, vous m'apportez une nouvelle vie. »

4.5 Discussion autour du cas de Madame A.

Madame A. a été confrontée à l'expérience de sa propre mort (laissée pour morte après un coup de couteau dans l'abdomen) et confrontée à la mort d'autrui (sa mère, son père et son frère).

Elle manifeste une tristesse, des reviviscences à travers des cauchemars et des images de ses parents.

Ces manifestations s'accompagnent de difficultés sur le plan social (la vie en foyer, la barrière linguistique, un fils encore au pays et un frère en Pologne dont elle reste distante pour le protéger).

Madame A. cherche à protéger ses proches. Elle ne s'autorise pas à pleurer devant sa fille et évite de se mettre en conflit avec le mari.

Nous reconnaissons la difficulté pour Madame A. d'avoir perdu ses parents, de ne plus être « la fille de », dans sa réalité physique.

Nous discutons de la protection apportée par ses ancêtres. Même s'ils ne sont plus présents physiquement sur terre, ils continuent de la protéger. Il s'agit d'un levier thérapeutique pour mobiliser les ressources de Madame A. dans sa réalité psychique.

4.6 Résultats

Les limites :

La patiente a interrompu son suivi après la séance du 21 mai 2015, sans précision de la raison.

Nous souhaitons aborder la part d'elle porteuse de sa réalité d'institutrice, afin d'aborder une partie bien construite et organisée comme médiateur d'une mobilisation de ses ressources personnelles.

Intérêt de l'approche groupale dans ce cas :

Madame A. pouvait utiliser chacun des intervenants comme point d'appui.

Nous avons pu avoir recours aux métaphores, aux images, aux rêves, aux cauchemars et aux « étiologies » culturelles, grâce à la richesse et la diversité des intervenants et à celles de leurs apports. Il est plus facile, dans ce cadre, d'adapter notre propre parole lorsque nous faisons un retour à nos patients de leurs propos, dans le champ lexical culturel qui est le leur (exemple du « destin », exemple « des ancêtres »).

Dans le cas de Madame A. la prise en charge groupale présente un intérêt dans le portage, l'accompagnement et la contenance.

III- Résultats communs

L'approche groupale dans l'accueil, l'accompagnement et le portage de personnes en situation d'exil trouve tout son intérêt en complément d'une prise en charge en individuel.

Ce suivi en individuel est proposé aux patients auprès d'un psychiatre, par exemple lorsque le patient nécessite l'aide d'une béquille pharmaco-chimique. Devant des troubles du sommeil qui perdurent, des troubles thymiques et des troubles du comportement, cette dernière peut être nécessaire pour ne pas invalider les progrès réalisés en psychothérapie.

Par l'intermédiaire de cet espace d'écoute et du travail pluridisciplinaire, nous cherchons un apaisement psychique et une sortie de la passivité du patient (la sortie d'une certaine emprise, inhibitrice) en lui restituant un espace géographique, une temporalité et des valeurs relationnelles normales et organisées.

La pluridisciplinarité apporte une plus grande créativité et une meilleure élaboration des outils professionnels. Le recueil de données est plus riche et plus complet, permettant une meilleure appréciation de la situation clinique.

Le recours aux « étiologies » culturelles et religieuses, aux rêves, aux images, etc., structure l'entretien et permet de mieux structurer la réorganisation de la pensée du sujet.

Comme le cas de Madame A. l'illustre de façon remarquable, ce groupe thérapeutique singulier permet une grande richesse du jeu des représentations. Ce dernier permet une transcription de la parole de nos patients vers la compréhension de leur réalité psychique par le groupe. Puis, dans un second temps d'élaboration, il permet une retranscription de cette compréhension psychologique par le groupe, vers une parole intelligible dans le champ culturel de nos patients, au moment de leur proposer un retour psychothérapeutique.

Les entretiens réguliers apportent une temporalité extérieure organisée et favorisent par extension la réorganisation d'une rythmicité interne chez nos patients.

La solidité de la contenance par le groupe permet le déploiement de la vie psychique du patient. Nous nous appuyons également sur les ressources mobilisables et les secteurs de la vie demeurant encore fonctionnels, pour accompagner le patient dans sa reconstruction et le rétablissement d'une continuité de son roman autobiographique.

L'objectif de notre travail est de restituer un ancrage lorsque le patient dit penser avoir tout perdu. Il pallie à la rupture du sentiment d'appartenance. Il tente de le dégager du sentiment d'exil ; sorte d'emprise dans *un ailleurs nulle part*, emprise aliénante et inhibitrice de la victime, qui le maintient en dehors de tout, en dehors de toute vie (*exilé à la vie elle-même*).

La prise en charge de patients en situation d'exil présente des difficultés pour le thérapeute, notamment dans le partage des représentations du traumatisme. L'expérience vécue par le patient ne laisse pas indemne le thérapeute qui doit pouvoir l'accueillir, qui doit pouvoir laisser son espace de pensée consciente être traversé par ses propres représentations personnelles, sans se laisser envahir. Une difficulté inhabituelle doit encourager le thérapeute à initier ou à poursuivre lui-même un travail analytique de ses propres représentations auprès d'un autre professionnel psychothérapeute (travail de supervision, analyse dite « didactique », ...).

IV- Discussion

1) Limites de notre travail

Notre travail s'est déroulé au Centre Hospitalier de la Chartreuse à Dijon. Il est nécessaire de pouvoir le comparer avec d'autres pratiques mises en place dans d'autres centres.

Nous illustrons notre travail avec un nombre réduit de patients, parfois sur des durées de prise en charge assez courtes (dans certains cas extrêmes avec une seule séance, comme pour Madame B. qui ne s'est présentée qu'une seule fois).

Ce travail de thèse n'est réellement qu'une première proposition d'approche d'un champ d'étude et de recherche de plus grande ampleur. Il ne fait que l'initier. Notre groupe thérapeutique, puisqu'il a le bénéfice d'exister, de proposer et de réaliser une pratique des soins, et d'apporter des résultats, garde toute sa place par ce matériel qu'il propose à l'origine. De cette première réalité peut se déployer une recherche d'abord empirique ; alliant l'originalité de notre position relationnelle thérapeutique, l'observation de cette relation et de son déroulement, l'élaboration de représentations de ce qui définit et détermine cette pratique ; et simultanément, comme dans toute autre approche empirique, alliant de laisser venir à nous les savoirs de nos connaissances, des autres pratiques, des différentes théories déjà construites, du résultats de nos recherches par une revue sans cesse réactualisée de la littérature scientifique, ... De l'enrichissement de nos représentations théoriques et hypothétiques, et de leur mise à l'épreuve par une méthodologie scientifique rigoureuse, s'édifie progressivement un domaine spécifique de la science (peut-être aussi de la philosophie), propre à la situation anthropologique singulière de l'être humain exilé.

La nature initiale de ce travail et l'utilisation d'une approche empirique, bien que méthodique et rigoureuse, constituent de fait les nombreuses limites de ce travail en ouvrant sur un champ de recherche étendu et inconnu qui resterait à explorer.

2) L'approche groupale dans la définition de sa nature et de son identité

Notre groupe thérapeutique se doit de rester humble et de se restreindre à la place particulière qu'il occupe dans le parcours et le cheminement de nos patients. Cette « base arrière » qu'il semble pouvoir constituer pour nos patients toujours en lutte pour poursuivre leur existence, en lutte pour s'adapter à un monde nouveau, en lutte parfois pour survivre, ..., mais entravés aussi dans cette lutte par leur psychisme, dans le jeu des trahisons, des fidélités, des identités, ..., réalise à la fois un refuge, un repli, une nouvelle fondation où s'enraciner, et comme toute « base arrière », un lieu où l'action et le tumulte des émotions et des sensations, peuvent laisser la place à l'élaboration de la pensée et à une plus grande liberté de déploiement de la parole.

Au-delà de l'approche groupale, de la pluralité et de la complémentarité des intervenants qu'elle propose, il s'agit de penser plus loin vers où les accompagner. De cette « base arrière », il s'agit aussi de faire un « tremplin », une prise d'élan vers la vie, la libération du carcan des souffrances et de leurs manifestations symptomatiques, les libérer de leur propre aliénation mentale à une condamnation à l'inhibition, à l'inaction, à l'indifférence et à un vide affectif douloureux. Le *carcan* était autrefois le collier métallique auquel était attaché un criminel au poteau d'exposition pour le punir de son crime. C'est bien de ce crime imaginaire et de sa peine mise en symptôme dont il est question de les débarrasser efficacement.

L'objectif de notre prise en charge est avant tout l'amélioration des symptômes cognitifs et thymiques de nos patients et, au fur et à mesure de cette réorganisation de leurs fonctions mentales, de pouvoir leur permettre d'accéder progressivement à l'expression et à l'élaboration de leur vie psychique.

L'orientation vers une prise en charge en individuel, psychique et médicale, bien qu'elle ne soit pas systématique, est naturellement le soin complémentaire que le groupe thérapeutique a en représentation au cours de la succession des rencontres et des séances.

Pour ces personnes en situation de précarité et de vulnérabilité, nous devons également réfléchir de manière très pragmatique à la question de l'accessibilité aux soins. Par exemple, le problème des trajets à effectuer en l'absence de revenus est une bonne illustration de ces nombreux détails qui peuvent sembler de peu d'importance mais qui vont rapidement faire échouer la prise en charge. Cette question de l'accessibilité aux soins nous permet aussi d'élargir notre évaluation à la situation médico-psycho-sociale plus globale de l'individu et de ses proches.

3) L'approche groupale dans la désignation de sa nature et de son identité

A l'occasion de ce travail de thèse, nous voulions discuter également d'une première détermination de la nature de ce groupe thérapeutique, par les mots, par une appellation (indépendamment de son titre institutionnel). Il s'agit d'interroger une meilleure identification pour nous, mais aussi et surtout auprès de nos partenaires. Comment nous présenter à l'autre et nous rendre plus visible et lisible (intelligible) par l'autre ?

De très nombreux professionnels et malheureusement les étudiants actuellement en formation aussi (les internes de psychiatrie par exemple) n'ont toujours pas connaissance de l'existence de cette pratique et de ce groupe thérapeutique sur Dijon.

Inversement, comme cela est classique avec une pratique qui reste trop confidentielle de part sa spécialisation, d'autres ont réussi à nous identifier et à comprendre notre singularité, nous envoyant leur patient malgré les nombreux kilomètres qui les séparent du Duché de Bourgogne (l'accueil des patients au sein de l'« Espace Psychothérapique » ne dépend pas de la sectorisation, il est accessible pour des patients résidents en dehors de Dijon).

Il nous semble de nouveau important dans ce cadre de réflexion, comme nous l'avons fait de nombreuses fois au fil de ces pages, d'interroger *le symptôme* dans sa réalité dynamique. En psychiatrie notamment, la symptomatologie clinique n'a pas une évolution linéaire. Elle est à l'image des parcours de vie, faite de constantes aussi bien que de ruptures (à l'exemple de nos cas cliniques, la perte d'un enfant pour Monsieur M., les départs en mission du mari et le décès d'une tante pour Madame D., viennent sans doute modifier l'expression clinique de souffrances plus riches et plus complexes, moins *élémentaires*).

S'arrêter à de simples événements de vie, dans une approche catégorielle, c'est l'erreur fondamentale que notre approche évite et contre laquelle elle lutte avec énergie. C'est là, sans doute, pour marquer sa résistance, qu'elle peut être désignée comme *culturelle*. Ce mot, très fort, très riche, très dense, de signifiants et de signifiés, transcendent sans les exclure de nombreux regards sur le réel ; la réalité de l'exil et des migrations, celles du stress et des traumatismes, les théories de l'attachement, la question des changements, de l'adaptation et de la réhabilitation.

Il parle de continuité et de rupture. Il fait le lien entre la survenue d'événements que nous traversons, et la singularité de nos représentations psychiques, personnelles et singulières, qui constituent avec force une part importante de notre identité ; celle que nous emportons, que nous emmenons, partout avec nous (Aucun voyage ne peut permettre de fuir finalement cette réalité de nous-même, passé le premier temps de l'illusion du dépaysement...). C'est encore la *rencontre* d'une temporalité transversale et d'une temporalité longitudinale qui s'illustre sur le champ du culturel. C'est la question des langues, de l'étranger et de l'étrangeté, de l'identique, de la différence, du Moi et de l'altérité. C'est aussi ce qui réalise l'un des fondamentaux communs à l'humanité, à toute humanité. L'être humain est un animal civilisé, culturel, par nature. Le culturel fixe sa place dans l'évolution des espèces telle que la décrit Charles Darwin [34]. Au même titre que « l'erreur » de la locution latine, *le culturel est humain...*

Le culturel parle encore de ce qui fait *culte* en nous, notre spiritualité, ... ; nos idéaux, qu'ils soient religieux ou politiques, philosophiques ; nos valeurs ; les représentations du monde que nous défendons avec cœur, parfois au sacrifice de nos propres vies...

La remarque de ces quelques attributs attachés au mot de « culturel » reste très en deçà de tout ce qu'il recoupe et ainsi rassemble par son intermédiaire.

Sans aucun doute, notre groupe thérapeutique est *culturel*. De ce culturel, il en est de son génome, de sa « substantifique moelle ».

4) L'actualité du culturel en médecine et en psychiatrie

« Comprendre le contexte culturel de l'expérience de la maladie est indispensable pour une évaluation diagnostique et une conduite clinique valides. » [4]

« Les cultures sont des systèmes ouverts et dynamiques qui subissent des changements continuels avec le temps [...]. » [4]

Confronté à l'accompagnement et la prise en charge de personnes en situation d'exil, le thérapeute travaille en s'adaptant à la singularité et à l'originalité de chaque situation, sans généraliser ou stéréotyper des groupes, car les traits culturels se trouvent modifiés et métissés lors de la rencontre avec d'autres cultures (par-là s'initie le phénomène d'acculturation).

Dans ce travail, nous avons illustré des difficultés engendrées par la confrontation au décalage et aux obstacles culturels du pays d'accueil. Nous tentons de montrer que les représentations culturelles constituent des sources de force et de soutien qui structurent et mobilisent le patient et le cheminement de l'entretien ; comme dans le cas de Monsieur M., et l'importance des prières pour lui, ou le cas de Madame A., et le pouvoir des représentations « du destin » ou « des ancêtres » chez elle.

Il existe des variations culturelles et individuelles des manifestations symptomatiques et de l'expérience de la maladie. Ces variations peuvent amener à un risque de mauvais diagnostic. Dans le cas de Madame D. se sont les plaintes somatiques qui prédominent. Elles sont les très fameuses *mises en maux des mots*, des troubles somatoformes et psychosomatiques ; mode privilégié de manifestation de la souffrance psychique dans certaines cultures (de certains lieux géographiques, ou d'ailleurs de certaines époques).

Au-delà « des symptômes » au sens classique « de la maladie », c'est parfois l'attitude, le comportement ou la présentation relationnelle qui peuvent être influencés par de fortes variations d'origine culturelle.

L'approche groupale, dans notre cas de Madame B., nous permet par exemple de discuter autour de son récit de vie, et de croiser nos regards devant nos divergences de ressentis et de questionnements au sein du groupe.

5) Discussion plus générale à propos de l'exil, au-delà de notre *groupe thérapeutique culturel*

Il est nécessaire de proposer des études épidémiologiques des liens entre les différents types de réactions de stress, de traumatisme et de deuil, et les différents types de situation d'exil, lors d'autres études et d'autres travaux de recherche. Cela permettra de montrer toute l'importance d'évaluer les situations initiales de prise en charge afin de proposer la meilleure orientation ultérieure. Ces études permettront aussi d'objectiver l'importance de ces prises en charge sur le pronostic évolutif de certaines situations particulières, afin d'encourager les médecins, les médecins généraliste par exemple, mais aussi les patients eux-mêmes et leurs proches, à réévaluer la situation clinique en cas de difficulté inattendue.

6) Les premiers bénéfices concrets de l'approche proposée dans ce travail de thèse

Pour notre part, nous avons pu vérifier depuis ce travail, face à certains patients que nous avons pu rencontrer, confrontés à ce type de situation, que notre position était plus ferme et plus assurée envers eux. Certains nous ont exprimé en retour leur prise de conscience des particularités de ces situations et leur intention de prendre au sérieux d'éventuelles conséquences ultérieures en reprenant un avis médical à distance sans hésitation.

7) Considérations psychiatriques et anthropologiques générales

La fonction d'*étayage* de la prise en charge joue un rôle fondamental. Là où l'organisation fait défaut en interne, il s'agit d'y pallier par l'organisation du monde extérieur, par l'environnement du patient. L'*étayage* ne s'entend comme tel que par sa fonction organisatrice.

Si nous y regardons de plus près, à quelques exceptions, la plupart des prises en charge précoces ou moins précoces proposent finalement ce travail de réorganisation et de lutte contre les symptômes dissociatifs. Il nous semble important de défendre cette position théorique car elle apporte un éclairage et un repère vis-à-vis des différentes prises en charge, dès qu'elles visent ce même objectif.

Tout ce travail autour du traumatisme chez les exilés, en favorisant une réorganisation de la vie émotionnelle puis de la vie pulsionnelle, et enfin de la vie mentale, permet d'envisager des souffrances d'autres sources.

L'exil n'est plus abordé ici comme une expérience traumatique, mais comme l'objet potentiel de la cristallisation de nombreuses représentations psychiques de l'individu, dans la singularité de son histoire et de son parcours personnel. « L'exil » devient le lieu de la manifestation des interdits, des conflits et des ambivalences refoulés, propre de la névrose. Comme révélateur, il n'est plus que l'occasion, *qu'une* occasion, d'une remise en question de représentations et d'exigences morales et idéalistes trop rigides et couteuses ; comme peuvent l'être de nombreux changements d'autres natures dans la vie de tout névrotique, jusque-là indemne de toute souffrance psychique.

Dans une signification élargie au-delà de l'Histoire et de la Géographie de notre monde, rapportée au parcours de vie de tout être humain, à son histoire biographique et à son parcours géographique (à *son mythe* [69]), l'*acculturation* devient en quelque sorte le processus mental nécessaire à la réussite de tout changement d'existence.

Ainsi, tout être humain est potentiellement *un exilé à lui-même*, à ce qu'il a pu être, en se devant de quitter le confort de ses *habitus* pour tenter de devenir ce qu'il devra être ; si la nécessité de s'adapter à une nouvelle vie, à une nouvelle existence, l'oblige à changer, nécessairement.

Cet encouragement de Paul Valéry, « enrichissons-nous de nos mutuelles différences [89] », est presque, alors, une imprécation. C'est cette ouverture à la différence, plus sereine et optimiste, qui peut favoriser nos propres nécessités à devenir nous-même différents, nous libérer d'un refus en nous de changer, d'une résistance morbide et mortifère.

Pour finir et avant de conclure, comment mieux aboutir cette discussion et notre travail de thèse autrement qu'en citant ces quelques mots de Tahar Ben Jelloun [89] :

« Appartenir à une minorité est au fond un privilège et une chance [...] être minoritaire, c'est être dans une extrême singularité. C'est se situer dans la rupture, celle que procure et impose une identité rare et particulière. La différence est alors étrangeté, ouverture sur l'inconnu, richesse et énigme ».

UNIVERSITE DE BOURGOGNE

THESE SOUTENUE PAR Mademoiselle OZYURT Rose

CONCLUSIONS

Les phénomènes migratoires humains concernent de nombreux pays, dont la France.

Chez le migrant, la situation d'exil et les circonstances de la migration sont responsables d'une série de ruptures et de pertes avec le cadre culturel, familial, social et géographique.

Le rôle du thérapeute trouve tout son intérêt dans l'accompagnement de la personne en situation d'exil pour comprendre *ce qu'il s'est passé*, son rapport aux événements, à la perte et à l'inattendu, à d'éventuels facteurs de stress et d'éventuels traumatismes.

Cette rupture de la continuité engendre une désorganisation psychique et la personne en situation d'exil doit être aidée pour que chaque chose du réel reprenne sa place. L'exilé est envahi par le sentiment d'avoir été remis en cause dans ses croyances, ses certitudes, son rapport au monde et aux autres.

Au sein de l'« Espace Psychothérapique » du Centre Hospitalier de la Chartreuse à Dijon, notre approche groupale aide le patient dans la réorganisation de ses émotions et de son vécu grâce à l'expression, à l'extériorisation de ses mouvements intrapsychiques à travers la parole, au sein d'un espace sécurisant et contenant.

L'utilisation des représentations culturelles du sujet, de ses représentations de la maladie et de la guérison, sont des outils thérapeutiques pour remettre en récit le vécu, pour élaborer du sens, et pour restaurer les sensations d'enveloppes *contenantes*.

Pour le sujet déraciné de son groupe d'appartenance primaire que sont sa famille et son entourage proche, apporter le soin en groupe c'est lui proposer un groupe d'appartenance

secondaire à partir duquel il peut s'épanouir en s'appuyant sur chacun des thérapeutes (*figures d'attachement* auxiliaires).

Le thérapeute, face à l'expérience traumatique de son patient et face à la culture de l'Autre, peut se sentir dérouté. La complexité liée à la variabilité et à la richesse de la clinique, le caractère réducteur et a-théorique des classifications nosologiques actuelles, l'originalité et la singularité des phénomènes psychiques qui ne sont pas de simples grandeurs directement quantifiables ou mesurables rendent difficiles l'accompagnement des personnes en situation d'exil.

L'approche groupale permet de croiser nos regards, nos subjectivités, pour une évaluation clinique plus riche et plus précise, et pour prendre en compte le sujet dans toute sa complexité. La précarité de la situation d'exilé, l'hostilité du pays d'accueil, la dépendance et l'incertitude sur le présent sont des facteurs qui aggravent la vulnérabilité. Notre accompagnement apporte une place pour ces sujets au sein d'un groupe thérapeutique et psychothérapique ; ceci est complété par une extension des objectifs vers le domaine social et vers une reconnaissance administrative.

Même si l'exilé est mis à mal dans ses rapports à l'autre, c'est la relation à l'autre qui fait vivre l'humain et la parole en lui.

Le Président du jury,



P. B. BONIN

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 8 Avril 2016

Le Doyen



P. F. HUET

BIBLIOGRAPHIE

1. Akbiyik D.I., Sumbuloglu V, Berksun OE, Senturk V, Priebe S, Symptoms of Turkish patients with depression in Ankara and Berlin, *Culture Medicine and Psychiatry*, 2009 ; 33 : 412-420.
2. Alan Poe E, *La lettre volée*, Editions Larousse, Italie, 2011, 75-101.
3. American Psychiatric Association, *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*, Edition DSM-IV, Editions Elsevier Masson, 1997, 1008 pages.
4. American Psychiatric Association, *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*, Edition DSM-5, Editions Elsevier Masson, 2015, 1114 pages.
5. Anzieu D, *Le Moi-peau*, Editions Dunod, Paris, 1995, 291 pages.
6. Aouttah A, *Le sacré, la folie et la thérapie traditionnelle au Maroc, L'évolution psychiatrique*, 1992 ; 57 : 108-299.
7. Arbus C, Letamendia C, Birmes P, Schmitt L, *La dissociation psychique post-traumatique et l'intervention psychothérapique*, *Revue Confrontations Psychiatriques*, 2012 ; 51 : 173-183.
8. Aubert AE, Idris I, *Introduction générale. Penser la famille au-delà des traumatismes migratoires et culturels*, *Dialogue*, 2009 ; 185 : 5-14.
9. Bay-Smadja M, Rahioui H, *La thérapie interpersonnelle basée sur la théorie de l'attachement. De Klerman à Bowlby*, *Ann Méd Psychol*, 2015 ; 173 : 547-552.
10. Bergeret J, *Psychologie pathologique théorique et clinique*, Editions Elsevier Masson, 10^{ième} édition, 2008, 372 pages.
11. Behaghel S, *Traumas et narcissisme*, Editions Presses Universitaires de France, Paris, 2010, 238 pages.
12. Bensasson G, *Comportement d'observance et autonomie des patients en psychiatrie, L'évolution psychiatrique*, 2013 ; 78 : 142-153.

13. Birmes P, Klein R, Schmitt L, Stress et troubles de l'adaptation, Manuel de Psychiatrie, Editions Elsevier Masson, 2007, 777 pages.
14. Bittolo C, Accueil hospitalier et processus psychiques : enjeux thérapeutiques et institutionnels en psychiatrie, Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 2001 ; 37 : 143-159.
15. Bossuroy M, Baubet T, Taieb O, Moro MR, Evaluation clinique en situation transculturelle, EMC-Psychiatrie, 2015 ; 12 : 1-7.
16. Bowlby J, Attachement et perte, Editions Presses Universitaires de France, Paris, 1978, 557 pages.
17. Bion W.R, Aux sources de l'expérience, Editions Presses Universitaires de France, Paris, 1979, 137 pages.
18. Capogna-Bardet G, Clinique du trauma, Editions Erès, 2014, 198 pages.
19. Chahraoui K, Reynaud M, Pinoit JM, Bénony H, Bonin B, Gisselmann A, Styles d'attachement et soutien social perçu chez des femmes déprimées, L'encéphale, 2006 ; 32 : 944-952.
20. Chahraoui K, Vinay A, Attachement narratif, fonction réflexive et régulation émotionnelle chez les sujets déprimés, L'évolution psychiatrique, 2014 ; 79 : 395-409.
21. Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes Connexes, Organisation Mondiale de la Santé : www.who.int/fr
22. Clervoy P, Le syndrome de Lazare : la malédiction du survivant, Revue Confrontations Psychiatriques, 2012 ; 51 : 145-156.
23. Ciccone A, Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques, Cahiers de psychologie clinique, 2001 ; 17 : 81-102.
24. Clément R, Raviver le sentiment d'appartenance, La revue de l'infirmière, 2012 ; 183.
25. Collectif d'auteurs, Psychotraumatismes Majeurs, Revue Confrontations Psychiatriques, 2012 ; numéro 51 : 361 pages.

26. Collectif d'auteurs, Le petit Larousse illustré, Editions Larousse, Paris, 2014, 1934 pages.
27. Collectif d'auteurs, Le grand Larousse illustré 2016, Editions Larousse, 2015, 2110 pages.
28. Collectif d'auteurs, Le Petit Robert de la langue française édition 2016, Editions Le Robert, 2015, 2837 pages.
29. Conférence « Prises en charge du psychotraumatisme », proposée par la Consultation de Victimologie et Psychotraumatisme (CVP) du Centre Médico-Psychologique Les Coteaux du Suzon (Pôle A) de Dijon, février 2016.
30. Courtois A, Mertens de Wilmars S, La pratique « à plusieurs » : matrice de résilience pour les thérapeutes et les patients, *Thérapie Familiale*, 2004 ; 25 : 303-322.
31. Coyer G, Médiation interculturelle : une mutuelle interprétation, *L'évolution psychiatrique*, 2014 ; 79 : 142-155.
32. Crocq L, Les mythes du Trauma, *Revue Confrontations Psychiatriques*, 2012 ; 51 : 27-42.
33. Cyrulnik B, Résilience, *Revue Savoirs et soins infirmiers*, 2010 ; 10 : 60-125.
34. Darwin C, L'origine des espèces : Au moyen de la sélection naturelle ou la préservation des races favorisées dans la lutte pour la vie, Editions Flammarion, Paris, 2008, 608 pages.
35. De Clercq M, Lebigot F, Les traumatismes psychiques, Collection Médecine et psychothérapie, Editions Masson, 2001, 384 pages.
36. Di C, Moro MR, Conflit des cultures dans la constitution de soi. L'apport de l'approche ethnopsychiatrique, *Informations sociales*, 2008 ; 145 : 16-24.
37. Doron R, Parot F, Dictionnaire de psychologie, Editions Presses Universitaires de France, 3^{ème} tirage de la 1^{ère} édition « Quadriges », 2005, 768 pages.
38. Douville O, Galap J, Santé mentale des migrants et réfugiés en France, EMC, 1999 ; 37 : 11 pages.
39. Duparc F, Traumatismes et migrations. Première partie : Temporalités des traumatismes et métapsychologie, *Dialogue*, 2009 ; 185 : 15-28.

40. Eiguer A, Migration et faux-self : perspectives récentes, L'information psychiatrique, 2007 ; 83 : 737-743.
41. Eliade M, Le sacré et le profane, Editions Gallimard, Cher, 2014, 185 pages.
42. Etiemble A, Synthèse de travaux sur l'immigration et la présence étrangère en France. Les mineurs isolés étrangers en France, Migrations études, 2002 ; 109 : 14-19.
43. Ey H, Bernard P, Brisset C, Manuel de Psychiatrie, Editions Elsevier Masson, 6^{ième} édition revue et corrigée, 2010, 1216 pages.
44. Ferreri F, Peretti C.S, Ferreri M, Pathologie psychotraumatique, pathologie secondaires à des traumatismes majeurs, stress aigu et état de stress post-traumatique, Manuel de Psychiatrie, Editions Elsevier Masson, 2007.
45. Ferreri M, Historique du Psychotraumatisme majeur : repères et controverses, Revue Confrontations Psychiatriques, 2012 ; 51 : 15-26.
46. Fierdepied S, Sturm G, Taieb O, Moro MR, Baubet T, Aspect traumatogène de l'exclusion sociale, une analyse ethnopsychiatrique, Ann Méd Psychol, 2012 ; 170 : 338-341.
47. Frénisy MC, Minot D, Soutenet M, Amiot N, Accidents vasculaires cérébraux : approche psychopathologique et approche neuropsychologique. A propos d'un cas : M.J., Ann Med Psychol, 2005 ; 163 : 65-72.
48. Freud S, Au delà du Principe de plaisir, Editions Payot et Rivages, 2010, 160 pages.
49. Freud S, Deuil et Mélancolie, Editions Payot et Rivages, 2011, 76 pages.
50. Freud S, L'avenir d'une illusion, Editions Presses Universitaires de France, 2013, 80 pages.
51. Freud S, L'homme Moïse et la religion monothéiste, Editions Payot et Rivages, 2014, 230 pages.
52. Freud S, L'inquiétante étrangeté et autres essais, Editions Gallimard, Paris, 1985, 344 pages.
53. Freud S, Inhibition, symptôme et angoisse, Editions Presses Universitaires de France, 6^{ième} édition « Quadrige », 2005, 112 pages.

54. Freud S, Malaise dans la civilisation, Editions Points, 2010, 184 pages.
55. Garland C, Comprendre le traumatisme, Edition du Hublot, 2000, 222 pages.
56. Goldbeter-Merinfeld E, Théorie de l'attachement et approche systémique, Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 2005 ; 35 : 13-28.
57. Golse B, La résilience : concept utile ou concept valide ?, Archives de pédiatrie, 2006 ; 13 : 1354-1357.
58. Govindama Y, Le corps à l'épreuve de l'altérité dans la clinique interculturelle, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2003 ; 51 : 191-200.
59. Graziani P, Stress, anxiété et troubles de l'adaptation, Editions Masson, Paris, 2001, 203 pages.
60. Guelfi JD, Psychiatrie, Editions Presses Universitaires de France, 2^{ième} tirage de la 8^{ième} édition, 2004, 942 pages.
61. Guelfi JD, Rouillon F, Manuel de Psychiatrie, Editions Elsevier Masson, 2007, 777 pages.
62. Hassen C, Demiralay C, Reimer J, Acculturation and mental distress among Russian and Iranian migrants in Germany, European Psychiatry, 2008 ; 23 : 10-13.
63. Heidegger M, L'acheminement vers la parole, Editions Gallimard, 2014, 276 pages.
64. Helfter C, La prise en charge des mineurs isolés étrangers par l'Aide sociale à l'enfance. Une protection nécessaire et perfectible, Informations sociales, 2010 ; 160 : 124-132.
65. Janin C, Figures et destins du traumatisme, Editions Presses Universitaires de France, 2015, 2^{ième} édition corrigée, 152 pages.
66. Jehel L, Lopez G, Psychotraumatologie, Evaluation, clinique, traitement, Editions Dunod, Paris, 2006, 312 pages.
67. Kapsambelis V, Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte, Editions Presses Universitaires de France, 2012, 1143 pages.

68. Kim MS, Derivois D, Enjeux psychiques de l'entretien clinique de recherche en contexte interculturel, *L'Encéphale*, 2013 ; 39 : 360-366.
69. Lacan J, *Le mythe individuel du névrosé*, Editions du Seuil, Condé-sur-Noireau, 2007, 115 pages.
70. Lacan J, *Ecrits, tome 1*, Editions Points, Paris, 2014, 290 pages.
71. Laplanche J, Pontalis JB, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Editions Presses Universitaires de France, 4^{ème} édition « Quadrige », 2004, 523 pages.
72. Lebigot F, *Traiter les traumatismes psychiques*, Editions Dunod, Paris, 2005, 256 pages.
73. Lebigot F, *L'évolution du trauma sous transfert*, *Revue francophone du Stress et du Trauma*, 2006 ; Tome 6, n°2 : 61-120.
74. Lebigot F, *Traiter le mal par le mal. La psychothérapie des névroses traumatiques*, *Revue francophone du Stress et du Trauma*, 2008 ; Tome 8, n°2 : 65-160.
75. Lebigot F, *Les psychothérapies psychodynamiques*, *Revue Confrontations Psychiatriques*, 2012 ; 51 : 211-231.
76. Lempérière T, *Psychiatrie de l'adulte*, Editions Elsevier Masson, 2^{ème} édition, 2006, 576 pages.
77. Lequien V, *Le bien-être à l'école, indissociable de la santé et de la réussite*, *La revue de santé scolaire et universitaire*, 2014 ; n° 27.
78. Littré PE, *Dictionnaire de la Langue Française*, Edition Encyclopædia Britannica, Versailles, 1999, 6 volumes et 1 supplément, 6809 pages (+ 561 pages).
79. Maury C, Abbal T, Moro MR, *Clinique du psychotraumatisme et erreur de diagnostic en situation transculturelle*, *Ann Med Psychol*, 2015.
80. Mazur V, Chahraoui K, *Psychopathologie des demandeurs d'asile accueillis en République slovaque. Etude portant sur 40 requérants*, *Ann Med Psychol*, 2011 ; 169 : 621-626.

81. Mbassa Menick D, Impact de la culture dans la transmission des valeurs à l'enfant en pratiques éducative, familiale et sociale en Afrique, Neuropsychiatr Enfance Adolesc, 2015, 10 pages.
82. Moukouta SC, Pewzner-Apeloig E, Thérapies traditionnelles-thérapies modernes en milieu psychiatrique au Congo. Synchrétisme ou interférence, Ann Méd Psychol, 2002 ; 160 : 353-361.
83. Nathan T, La folie des autres, traité d'ethnopsychiatrie clinique, Editions Dunod, Paris, 1986, 241 pages.
84. Observatoire Migration, L'observatoire des Migrations en France et dans le monde, Dossier de presse, 2015, 10 pages.
85. Observatoire national de l'enfance en danger, La théorie de l'Attachement : Une approche conceptuelle au service de la Protection de l'Enfance, Dossier thématique, 2010, 131 pages.
86. Orton A, Développement d'un sentiment d'appartenance chez les migrants par des interactions positives, Coordination migration, 2010.
87. Pierrehumbert B, Dieckmann S, Miljkovitch de Heredia R, Bader M, Halfon O, Une procédure d'analyse des entretiens semi-structurés inspirée du paradigme de l'attachement, Devenir, 1999 ; 11 : 97-126.
88. Rouchon JF, La notion de contre-transfert culturel : enjeux cliniques, théoriques et thérapeutiques, Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine, Université de Nantes, 2007, 201 pages.
89. Scotto JC, Antoni M, Dravet A, Frot N, Pin M, Warnery F, Santé mentale et migration : aspects actuels, L'information psychiatrique, 1990 ; 66 : 999-1004.
90. Tigrane Tovmassian L, Bentata H, Quels traitements pour l'effraction traumatique ?, Editions in press, 2014, 312 pages.
91. Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques : www.unafam.org

92. Vaiva G, Lebigot F, Ducrocq F, Goudemand M, Psychotraumatismes : prise en charge et traitements, Editions Elsevier Masson, 2005, 207 pages.

93. Winnicott DW, Les objets transitionnels, Editions Payot et rivages, 2010, 112 pages.

94. Winnicott DW, La haine dans le contre-transfert, Editions Payot et rivages, 2014, 103 pages.

95. Zempléni A, Entre « sickness » et « illness » : de la socialisation à l'individualisation de la « maladie », Soc. Sci. Med., 1988 ; 27 : 1171-1182.

TITRE DE LA THESE :

Prise en charge de la souffrance de patients en situation d'exil

AUTEUR : ROSE OZYURT

RESUME :

Les migrations humaines dans le monde et en France sont un phénomène significatif et conséquent. La situation d'exil est responsable d'une série de ruptures et de pertes ; le migrant doit faire face à de nombreuses difficultés lors de son arrivée dans le pays d'accueil.

De nombreuses études s'intéressent à l'association entre la difficulté d'acculturation et les pathologies mentales. Il existe des facteurs positifs qui permettent de corriger la souffrance et la vulnérabilité engendrées par la rupture du sentiment d'appartenance. A partir de la description psychopathologique du trauma, de ses effets immédiats et à long terme, nous nous proposons de mieux envisager la situation d'exil.

Nous décrivons le dispositif de prise en charge des personnes en situation d'exil accueillies au sein de l'« Espace Psychothérapique » du Centre Hospitalier de la Chartreuse de Dijon. L'aspect culturel modifie le mode d'expression, la gestion et la durée des symptômes. Le soin par le groupe permet également de mieux apprécier la clinique du psycho-traumatisme. Par l'approche groupale, nous tentons de proposer aux patients un groupe d'appartenance secondaire et une contenance. L'appareil psychique entravé dans son fonctionnement peut s'appuyer sur les appareils à penser des thérapeutes pour se reconstruire une « *peau de mots* ».

MOTS CLES : Psychotraumatisme-Exil-Sentiment d'appartenance-Groupe-Contenance