

La prise en charge du psychotraumatisme

****BENAMSILI Lamia***

*MCA, Département des sciences humaines et sociales, Université Abderrahmane mira de Bejaia.

Date de soumission : 04.09.2019 Date d'acceptation : 22.07.2021

1- Introduction

Le traumatisme psychique est une affection chronique. S'il n'est pas traité, il ne guérit pas spontanément.

Dès lors, diverses prises en charge thérapeutiques (psychothérapies psychodynamiques, TCC, hypnose, pharmacologie, soutien social, etc.) ainsi que les différentes modalités (cellules d'urgences médico-psychologiques, travail en réseau, consultations, associations, expertises) sont apparues. De nombreux exemples issus de l'expérience variée des auteurs sur le terrain (individus, groupes, collectivités) permettent d'aborder des voies nouvelles et des perspectives originales en vue de déterminer les modes d'intervention et les conduites de soins les plus appropriés.

Par ailleurs, notre pays a été le théâtre de plusieurs événements considérés comme traumatisants, on cite notamment la guerre de libération nationale, les catastrophes naturelles telles que le tremblement de terre d'El Asnam de 1980, les inondations de Bab El-Oued de 2001, le printemps noir de Kabylie, le tremblement de terre de Boumerdes en 2003 et les inondations de Ghardaïa en 2008, la décennie noire causée par le terrorisme et les accidents de la route où notre pays occupe toujours les premières places dans le classement mondial des pays effectué par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Rajouter à cela, les différentes agressions et autres violences recensées dans notre pays, les émeutes et autres révoltes à caractère socio-politique ainsi que les souffrances causées par ce qui relève de conflits « intrapsychiques » et de fantasmes.

Dès lors, s'intéresser en tant que psychologue clinicien, à ce champ de la psychopathologie, est plus que jamais nécessaire.

Le sujet de cet article est dès lors imposé par les circonstances citées ci-dessus. En effet, l'ampleur et l'impact de ces événements traumatiques ne sont plus à démontrer. Ainsi, les différents traumatismes subis par la population nous interpellent d'où notre intérêt à ce sujet et l'utilité de cet article.

L'objectif de ce texte est donc de donner un aperçu sur l'abord thérapeutique du psychotrauma. Il s'adresse tout particulièrement aux étudiants de psychologie, mais aussi aux débutants dans le domaine de la santé mentale et vise à stimuler la curiosité et l'intérêt qu'ils portent à la psychotraumatologie comme discipline.

2- Prise en charge pharmacologique

Avant d'aborder les soins inhérents à notre discipline, nous allons faire un bref détour par les soins médicamenteux. Dans ce cadre, Pinoit(2000) juge que l'aide médicamenteuse permet de mieux gérer au quotidien des symptômes comme l'anxiété, les troubles du sommeil, etc. il ne s'agit en aucun cas d'un traitement étiologique. Toutefois, des recherches ont été menées sur l'efficacité potentielle d'IRS (notamment sertaline) comme traitement étiologique (Pinoit, 2000, p.42).

Dans ce cadre, Millet, Vanelle et Benyaya (2010) estiment que L'utilisation de sédatifs voire d'hypnotiques peut être nécessaire afin de réduire les effets délétères du syndrome de reviviscence et de tenter de restaurer la fonction hypnique. D'autres traitements médicamenteux ont pu être proposés dans les états de stress post-traumatique aigus. L'efficacité des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) a été démontrée. Les antidépresseurs tricycliques tels que l'imipramine, l'amitriptyline ont montré leur efficacité dans le traitement de l'état de stress post-traumatique dans des études cliniques contrôlées. La durée minimale d'un traitement doit être d'environ huit semaines. Les patients qui répondent de façon satisfaisante à ce traitement doivent continuer le médicament pour au moins un an avant toute tentative de réduction, puis discuter un arrêt définitif éventuel avec son médecin traitant. D'autres études contrôlées disponibles suggèrent l'intérêt des β -bloqueurs comme le propranolol et de certains antihistaminiques comme l'hydroxyzine (Millet, Vanelle, Benyaya, 2010, p.120).

La prise en charge du psychotraumatisme

De ce fait, il est clair qu'il n'existe aucun traitement médicamenteux spécifique qui soit reconnu pleinement efficace dans la prise en charge de la pathologie traumatique (Al Joboory et al, 2019, p.6).

On passe maintenant à l'abord psychothérapeutique du psychotrauma dans le monde, en commençant notre présentation par les interventions immédiates puis post immédiates et à la fin les interventions psychothérapeutiques plus éloignées :

3- Prise en charge psychothérapeutique

Ce point vise une présentation, non exhaustive, des soins du traumatisme psychique, à savoir les différentes prises en charge du traumatisme psychique, mais aussi les autres méthodes d'intervention auprès des victimes. Ces modalités sont présentées ici selon un ordre alphabétique et une attention particulière est donnée aux TCC et au EMDR, en raison des échos positifs émanant des praticiens sur le terrain quant aux résultats observés chez les patients.

3-1- Cellule d'urgence médico-psychologique CUMP

Lorsqu'un événement traumatique survient, des dispositifs de prise en charge doivent se mettre en action sans délai afin de prodiguer des soins immédiats aux victimes quel que soit le lieu (écoles, entreprises, services hospitaliers et judiciaires...) le type d'événement (accidents, attentat, suicide...). Ces prises en charge nécessitent des connaissances cliniques spécifiques (connaissances des processus psychologiques en jeu dans les événements traumatiques du côté des victimes mais, également du côté des intervenants), une éthique et un cadre d'intervention précis (Romano, 2013).

Ainsi, les soins immédiats ont pour objectif la prise en compte de la crise générée par l'événement, introduire cohérence et espace de pensée dans la gestion des catastrophes, re-humaniser l'évènement, prendre en charge la souffrance psychique au même titre que la souffrance physique et évaluation clinique des blessés psychiques (stress adapté-stress dépassé) et triage (Pouilly et al, 2017, p.117).

En 1995, suite aux attentats de Saint-Michel et Port Royal, le général Crocq met en place les premières cellules d'urgence médico-psychologique afin d'assurer la prise en charge de la blessure psychique à la demande du gouvernement. Le

traitement de l'urgence médico-psychologique est basé sur une approche spécifique à l'intérieur même de la spécialité psychiatrique ; il nécessite un savoir-faire alliant un savant mélange de savoir théorique et de savoir-être. Des actions multiples comprennent le tri, l'évaluation, le diagnostic, le soin, la prévention, le conseil et l'orientation sont mis en œuvre au cours des interventions. Les CUMP ont vocation à dispenser des soins dans le cadre de l'urgence, en immédiat, dans les minutes ou les heures qui suivent, ou en post-immédiat, 48 heures à 72 heures après l'événement. (Agar et al, 2012). Sur le terrain, en immédiat, elles visent à prendre en charge, le plus précocement possible, les personnes ayant vécu un événement potentiellement traumatique et à les aider à mieux élaborer cette expérience souvent dramatique. Par ailleurs, elles ont également un rôle plus large, aux côtés des partenaires des secours et des décideurs dans la « gestion psychologique » de la crise générée par l'événement. En post-immédiat, elles interviennent auprès des victimes en individuel, dans le cadre de consultations plus structurées permettant une prise en charge intensive, souvent aussi, en groupe auprès de groupe de professionnels tels que les équipes de secours à l'occasion d'interventions « marquantes » et difficiles (Prieto, Cheucle, 2005, p.115).

3-2- Défusing

Le defusing relève de la même « logique » de soins immédiats. Il prend place dans les toutes premières heures qui suivent le traumatisme sur les lieux mêmes de la catastrophe ou de l'agression. La traduction littérale du mot defusing est « désamorçage ». Trois objectifs principaux gouvernent la pratique du defusing : – favoriser l'ouverture d'un espace de parole contenant et rassurant, espace qui se définit comme un « soin psychique immédiat » ; – contenir et réguler les décharges émotionnelles ; – ne pas dédramatiser prématurément la situation traumatogène (Bessoles, 2006, p.232).

Le soin psychologique immédiat aussi nommé « defusing » consiste à atténuer les effets du stress et de l'angoisse. Il permet aux rescapés d'exprimer leurs sentiments d'impuissance et leur impression d'être sortis de l'humanité (Barrois, 1988). Il s'agit d'aider les rescapés à réordonner et réorganiser leur parole en tentant ainsi de

La prise en charge du psychotraumatisme

limiter les effets de « blanc de la pensée » que génère chez eux une rencontre avec le « réel de la mort » (Lebigot, 2005). En retrouvant un espace de parole, les victimes peuvent mettre un début d'ordre face au chaos qu'a entraîné l'attentat. Il est important, à cette étape de la prise en charge, de respecter les mécanismes de défense (clivage, identification projective, idéalisation) qu'elles ont mis en place et qui les protègent d'une désorganisation psychique plus importante. Une note d'information décrivant les symptômes pouvant apparaître et des adresses de consultations spécialisées est commentée et remise aux rescapés. Avant qu'ils regagnent leur domicile, il est nécessaire de s'assurer que les rescapés peuvent se projeter dans un futur immédiat, retrouvant leurs repères spatio-temporels et un discours cohérent qui leur assurent une certaine autonomie psychique. Un rendez-vous leur est proposé dans les deux ou trois jours suivants avec l'intervenant qui vient de les prendre en charge. À l'inverse, quand on observe chez les rescapés la persistance d'un vécu de déréalisation et du processus de dépersonnalisation, parfois d'un état de « stress dépassé » ou de détresse majeure, il est alors indispensable de les orienter et les accompagner vers un service d'urgence psychiatrique (Coq, 2018, p.91).

3-3- Débriefing

La période post-immédiate se situe approximativement du deuxième au trentième jour après l'événement, les soins psychiques qui y sont proposés peuvent être les premiers ou s'inscrire dans la suite des soins immédiats. Il s'agit d'entretiens collectifs ou individuels proposés aux rescapés, aux témoins, parfois aux proches des victimes. Si les interventions immédiates s'insèrent dans le cadre plus large des plans de secours d'urgence, les interventions psychologiques post-immédiates ont des modalités d'organisation autonome qui se situent dans une temporalité différente (Coq, 2018, p.94).

Les mots anglo-saxons briefing et debriefing, sont empruntés au vocabulaire militaire, où ils désignent les réunions techniques de départ et de retour de mission des équipages de bombardiers ; par extension, à la fin de la deuxième guerre mondiale, sur le théâtre d'opérations du Pacifique, Marshal, officier d'infanterie de

marine, a transposé l'opération debriefing au bilan psychologique des soldats des petites unités revenant d'un combat éprouvant. Par extension encore, quelques décennies plus tard, ces procédures de debriefing psychologique ont été appliquées à des petits groupes de pompiers ou de policiers ayant été confrontés à un « événement critique » stressant ; et ensuite aux victimes rescapées d'une catastrophe ou d'un accident, individuellement, ou en groupe si elles ont été impliquées dans le même événement « potentiellement traumatogène » (Ponseti-Gaillochon, Duchet, Molenda, 2009, p.VI).

Dans ce cadre, le débriefing psychologique collectif a été formalisé par Jeffrey Mitchell (1983) sous les termes de « Critical Incident Stress Debriefing », il désigne un dispositif groupal s'inscrivant dans le courant cognitivo---comportementaliste. Pratiqué dans les quarante-huit à soixante-douze heures après l'événement, il limite le risque d'apparition de comportements et de schémas cognitifs inadaptés. Cette technique initialement destinée aux sauveteurs a vu son champ progressivement s'élargir aux victimes, à qui elle donne l'opportunité de verbaliser leur expérience et de parler de leurs symptômes. Une approche francophone du débriefing psychologique collectif prenant en compte la subjectivité de la personne s'est par la suite développée (Coq, 2018, p.95).

Nous allons maintenant s'intéresser aux psychothérapies à court, moyen ou long terme, entreprises dans le prolongement des soins immédiats et post-immédiats cités ci-dessus. Il faut rappeler ici que l'ordre retenu dans la présentation qui suit est l'ordre alphabétique.

3-4- Prise en charge cathartique du traumatisme psychique

L'approche cathartique dans la thérapie du trauma : c'est en 1893, dans sa *Communication préliminaire*, que Freud a préconisé pour la première fois la « méthode cathartique » dans le traitement des hystéries traumatiques. Il empruntait le mot catharsis au vocabulaire grec ancien, ou, précisément, il signifiait : soulagement de l'âme. Cette approche permet d'aborder le trauma et d'accéder à lui. Elle consiste à inviter le patient à se replacer mentalement dans la situation où il était lorsque l'évènement est survenu, et, plutôt que de lui demander

La prise en charge du psychotraumatisme

un récit factuel des événements, l'inciter à retrouver son état psychique d'alors et à en faire part au thérapeute. Il s'agit d'une « énonciation », et non pas d'un récit, même si cette verbalisation de l'expérience vécue comporte aussi bien des éléments factuels que des éprouvés émotionnels. C'est son expérience brute qu'il s'agit pour le patient de retrouver cette réminiscence, et de la transformer en souvenirs par la parole révélatrice ou attributive de sens. Cette approche peut constituer une clé pour l'énonciation d'une thérapie plus longue et aider le traumatisé à aborder enfin la question de son trauma (Crocq, 2012).

3-5- Prise en charge cognitivo-comportementale du traumatisme psychique

Les TCC du trauma peuvent soit viser directement (technique d'exposition directe [DET] ou inoculation du stress [SIT], thérapie cognitive ciblée) le trauma (trauma focused-therapy) [TFT], soit s'adresser au handicap fonctionnel du patient, éventuellement sans abord direct de l'événement traumatique. Il s'agira par exemple de traiter une dépression, une agoraphobie, une phobie scolaire ou une autre phobie traumatique (phobie des transports, phobie des animaux, phobie sociale, etc.). Les TCC du trauma proprement dites sont des thérapies brèves centrées sur le trauma (TFT), éventuellement complétées d'une thérapie plus globale ou sur d'autres cibles. Les psychotropes peuvent jouer un rôle additionnel. Les techniques usuelles en TCC du trauma sont l'exposition en imagination au souvenir traumatique, l'exposition in vivo aux situations évitées, la restructuration cognitive (schémas de danger, culpabilité, etc.), l'affirmation de soi, la gestion de l'anxiété (relaxation, contrôle des stimuli, etc.) et la gestion de la colère. À cause de, et grâce à, l'évitement, les syndromes phobiques sont des indications majeures des TCC. On distingue deux temps dans la thérapie : amener le patient à accepter de se confronter à ce qu'il évite ; réduire le handicap fonctionnel (réduire l'anxiété liée à la confrontation et desserrer le cercle des évitements) (Vila, 2014b, p.204).

Ainsi, les thérapies comportementales et cognitives (TCC) offrent un support théorique et une démarche thérapeutique spécifique dans la prise en compte de la souffrance psychique en lien avec les traumatismes, notamment par l'identification

de l'état de stress post-traumatique (ESPT). En complément de l'information et de l'accompagnement psychologique des personnes rencontrées, l'approche comportementale et cognitive va ouvrir sur une analyse fonctionnelle détaillée permettant de comprendre au mieux les mécanismes en jeu et d'adapter la démarche thérapeutique. Les TCC supposent la mise en place d'un système cognitivo-comportemental spécifique en réaction au traumatisme. Ce système, appelé structure de peur, permettrait notamment d'expliquer la reviviscence, l'évitement et la tonalité émotionnelle intense présentée par les patients confrontés à un ESPT. Son interprétation par le sujet aurait également un impact important sur la persistance de la souffrance et la remise en cause des croyances jusque-là investies par le patient. Plusieurs modèles théoriques existent et permettent d'étayer une démarche orientée vers la modification de ce système et de ses conséquences (Bioy, Conradi, Barfety-Servignat, 2014, p.74).

- **L'analyse fonctionnelle**

La première étape des TCC est l'évaluation et l'analyse fonctionnelle, méthode conceptuelle apportant une représentation fonctionnelle de l'ensemble. Elle doit être la plus exhaustive possible et elle est réalisée avec une participation active du patient lui permettant de s'inscrire dans la compréhension des troubles. Cette analyse fonctionnelle aura pour premiers objectifs de : retracer l'histoire de la victime, les traumatismes antérieurs éventuels, sa vulnérabilité psychologique et mettre en place l'alliance thérapeutique nécessaire à ce type de thérapie ; décrire l'expression du trouble actuellement (sur les dimensions émotionnelles, cognitives et comportementales ainsi que l'enchaînement de celles-ci) permettant une première mise à distance de la souffrance pour le patient ; de mettre en évidence l'ensemble des facteurs de maintien ou de renforcement ainsi que les conséquences. Il est également fortement recommandé d'y associer une évaluation psychométrique des différentes dimensions relevées par l'analyse fonctionnelle, permettant ainsi de confirmer les éléments perçus dans le discours, mais également de suivre leur évolution au cours de la thérapie. On peut supposer enfin que l'analyse fonctionnelle apporte un effet thérapeutique et objectivant, ouvrant sur la

La prise en charge du psychotraumatisme

construction d'un projet thérapeutique conjointement avec le patient. Suivant les liens entre la douleur chronique et la souffrance psychique en lien avec un traumatisme, une ou deux analyses fonctionnelles peuvent être réalisées : une sur la douleur chronique et l'autre sur l'état de stress post-traumatique en utilisant notamment des grilles d'analyse fonctionnelle classiquement utilisées dans l'approche comportementale et cognitive. Les liens entre les deux problématiques seront également à observer le plus finement possible (Bioy, Conradi, Barfety-Servignat, 2014, p.79).

- Le contrat thérapeutique

La seconde étape sera l'établissement d'un contrat thérapeutique et sa mise en place. Plusieurs techniques peuvent être sollicitées et l'analyse fonctionnelle nous permettra de définir le déroulement du projet thérapeutique en fonction de la problématique individuelle du patient. Dans le cadre d'un état de stress post-traumatique, en association parfois à des techniques d'affirmation de soi ou à d'autres techniques en fonction des problématiques coexistant parfois avec l'EPST (addiction, dépression...), on retrouve trois grands types de techniques : thérapie d'exposition ; thérapie cognitive ; techniques de gestion de l'anxiété. Elles peuvent être réalisées en individuel ou en thérapie de groupe. Les thérapies d'exposition seront une des étapes thérapeutiques primordiales dans l'évolution de l'ESPT et feront appel notamment à un processus d'habituation permettant une diminution de l'anxiété lorsque le patient sera à nouveau confronté aux stimuli en lien avec le traumatisme. Au préalable, les techniques de gestion de l'anxiété par le recours à la relaxation et/ou la respiration contrôlée seront des éléments importants pour la suite de la thérapie et permettront au patient d'apprendre un certain contrôle des manifestations émotionnelles et physiologiques de l'anxiété. Le principe de base des thérapies d'exposition consiste à aider le patient à s'exposer à la situation redoutée tout en empêchant l'évitement ou la fuite. Il est indispensable de respecter une graduation dans l'anxiété générée pendant la séance et il est nécessaire d'en réaliser au préalable sa définition avec le patient. On peut par exemple recourir à une exposition en imagination, où il est proposé au patient de s'imaginer dans

BENAMSILI Lamia

différentes situations en lien avec le traumatisme ou ses stimuli. Il est également possible de travailler sur le récit de la situation traumatique en favorisant des moments d'apaisement afin d'en faciliter la verbalisation. L'exposition peut se réaliser par la suite à domicile par le patient lui-même. Le but est de permettre de traiter émotionnellement le traumatisme pour diminuer la souffrance liée à son évocation. L'exposition in vivo, quand elle est réalisable, permettra d'inscrire une nouvelle étape dans l'évolution de l'ESPT en confrontant le patient aux stimuli anxiogènes (lieux, objets, situation) dans la réalité, l'amenant ainsi à renforcer l'habitation. On retrouve dans la progression de l'exposition les mêmes principes de graduation que dans l'exposition en imaginaire. La thérapie cognitive, quant à elle, va ouvrir sur le repérage des pensées automatiques et des croyances erronées en lien avec le traumatisme. Elle portera aussi bien sur le vécu du traumatisme en lui-même que sur sa vision de lui-même, des autres et du monde. Des outils comme le tableau à colonnes ou le dialogue socratique vont permettre au patient de repérer ses pensées dysfonctionnelles et de les discuter. On retrouve généralement des thèmes autour de la prévisibilité, la contrôlabilité et la culpabilité. Enfin l'affirmation de soi permettra de travailler sur les modifications relationnelles dans les suites du traumatisme, notamment en termes de capacité à demander ce dont les patients ont besoin ou dans leurs habilités sociales (agressivité, retrait, inhibition). L'approche comportementale et cognitive apporte un cadre thérapeutique étayant, en ciblant plusieurs éléments et en permettant ainsi une évolution intéressante de la souffrance psychique initiale (Bioy, Conradi, Barfety-Servignat, 2014, p.80).

Par ailleurs, les thérapies utilisant la pleine conscience commencent à connaître un réel développement. Il est donc tout à fait opportun de s'intéresser au sujet de la pleine conscience dans le traitement des symptômes post-traumatiques, et peut-être de mieux cerner les facteurs de résilience. La thérapie ACT postule que les processus langagiers et cognitifs sont responsables de la fusion cognitive, des jugements positifs ou négatifs de soi et du monde et de l'évitement. Les tentatives délibérées de changer des événements internes déplaisants semblent ainsi contribuer à la psychopathologie cognitive. La suppression de pensée,

La prise en charge du psychotraumatisme

fréquemment retrouvée chez les sujets souffrant de PTSD, est souvent inefficace, et augmente la plupart du temps les pensées non désirées. Les survivants du trauma sont amenés à accroître leur contact avec le moment présent, vivre ce qui est interne ou externe sans jugement, reconnaître la nature subjective et fluctuante de leurs pensées et orienter leurs actions autrement. Dès lors, les traits de pleine conscience et d'acceptation semblent faire partie des facteurs prédisposant à la résilience (Liénard, 2012).

Après l'apogée des approches comportementales, puis cognitivistes, nous assistons depuis une dizaine d'années à l'émergence d'une troisième vague de thérapies TCC, associant les théories cognitives et les théories de gestion émotionnelle. Si le fonctionnement de l'hippocampe et du CPF est touché chez les personnes souffrant de SSPT, il semble que ce soit également le cas de l'amygdale signe que l'on ne peut faire l'économie de la prise en compte des émotions lorsqu'on travaille au rétablissement d'un SSPT. Au sein de cette troisième vague de thérapies, nous trouvons la méditation de pleine conscience ou Mindfulness, l'ACT (Acceptation and Commitment Therapy) ainsi que d'autres thérapies telles que la DBT (Linehan's Dialectic Behavioral Therapy, Linehan, 1993) ou certaines thérapies intégratives¹. Plutôt que de cibler la réduction des symptômes du SSPT, ce type de thérapies viserait davantage la modification de la relation entre la personne et les expériences psychologiques qu'elle a vécues ou vit encore (Devin, 2014, p.142).

3-6- EMDR et prise en charge du traumatisme psychique

L'eyemovement desensitization reprocessing (EMDR) est une méthode thérapeutique inaugurée par Francine Shapiro en 1989 et qui consiste à utiliser les mouvements oculaires contrôlés pour décharger la conscience de ses affects pathologiques. En une dizaine d'années, l'EMDR a trouvé son indication privilégiée dans le traitement de l'état de stress post-traumatique (ESPT), donnant lieu à un grand nombre d'études. Aux États-Unis, il y a en effet aujourd'hui plus de publications d'études contrôlées sur le traitement de l'ESPT par la thérapie EMDR que par tout autre type d'interventions cliniques, y compris les traitements médicamenteux. Les recommandations pour l'usage de cette approche

thérapeutique ne manquent pas, provenant des plus éminentes sociétés savantes reconnues sur le plan international pour leurs compétences en ce qui concerne la question du syndrome de stress posttraumatique (Tarquinio, 2014b, p.211).

Conçue par Francine Shapiro en 1987, la méthode EMDR est passée en vingt ans du statut de curiosité - qui pouvait penser que faire bouger les yeux permettrait de guérir les traumatismes - à celui de méthode unanimement reconnue comme efficace dans le traitement de l'état de stress post-traumatique (Shapiro, 2007). Cette thérapie repose sur une découverte majeure : notre cerveau est équipé pour guérir une blessure psychique. Lorsque celle-ci persiste, c'est que le choc traumatique qui l'a causée bloque le traitement des informations douloureuses. L'EMDR consiste alors, grâce à une stimulation des mouvements oculaires, à remettre en route la "digestion" naturelle des souvenirs pathogènes, qui s'intègrent ainsi dans la mémoire. Si cette thérapie ne peut effacer le passé, elle permet qu'il ne fasse plus mal. (Shapiro, Silk-Forrest, 2014). L'EMDR est un traitement de choix pour l'état de stress post-traumatique, dont l'efficacité a été validée par la Haute Autorité de santé et l'OMS. S'appuyant sur les facultés du cerveau pour transformer les informations à l'origine d'un traumatisme, l'EMDR permet de libérer le patient de sa souffrance et de dépasser ses blocages. Cette thérapie repose sur la stimulation alternée de chaque côté du corps par des mouvements oculaires, alors même que la personne se reconnecte à l'événement traumatisant (Marx, 2013).

Cette thérapie vise la résolution de l'impact d'un événement traumatique et de ses séquelles d'ordre émotionnel, cognitif et physiologique, la désensibilisation aux stimuli déclencheurs des états de détresse qui maintiennent le souvenir de l'expérience passée, le développement des comportements adaptatifs reliés à une redéfinition de l'image de soi (Guay, Marchand, 2006, p.217). Elle comporte huit étapes : anamnèse du client, la préparation au traitement ou la stabilisation et relaxation, l'évaluation des souvenirs cibles, désensibilisation, l'installation, le scan, la clôture et la réévaluation (Allard-Dansereau, Cyr, Hébert, Tourigny, 2012, pp.420-422)

La prise en charge du psychotraumatisme

En effet, si le mouvement de l'œil revêt effectivement une grande importance dans la gestion neurologique de la mémoire, il n'en est pas l'unique ressort comme on pourrait le croire. D'autres modes complémentaires de stimulation sensorielle alternée du cerveau, mis en œuvre par un thérapeute expérimenté, peuvent activer pareillement le travail de cicatrisation psychique et de guérison (Rocques, 2016).

3-7- Hypnose et prise en charge du traumatisme psychique

L'hypnose est un état modifié de conscience au cours duquel une personne se dissocie temporairement d'une situation, tout est restant en contact avec le monde environnant. Le trauma et l'hypnose sont deux phénomènes psychiques similaires. L'un, le trauma, réalisant une auto-hypnose négative et toxique, l'autre, l'hypnose, permettant de se reconstruire en sortant de ces phénomènes dissociatifs et réaliser une auto-hypnose thérapeutique positive. Les quelques techniques hypnotiques, simples et efficaces, ne sont qu'une ébauche du processus thérapeutique à mettre en œuvre. Elles permettent de répondre, en urgence, aux manifestations qui polluent la vie des victimes et les rendent impuissantes face à leur bourreau. Il s'agit du temps essentiel du travail psychothérapeutique, celui qui va permettre à la victime de sortir des mécanismes répétitifs qui la font chuter (Simon, 2012).

3-8- Prise en charge narrative du traumatisme psychique

Les mots font souvent défaut pour décrire réellement ce que l'on ressent, lorsqu'on est frappé directement ou indirectement par une catastrophe. Il peut arriver que les victimes se sentent isolées, abandonnées, submergées par leurs émotions et surtout bien seules avec leur douleur (Noumbissié, 2018, p.7). Dès lors, Bourlot (2018) distingue huit fonctions psychiques de la narration : catharsis, liaison, partage, historisation, construction, créativité, interprétation, subjectivation. Les relations entre ces fonctions ne sont pas d'opposition, mais de complémentarité et de superposition. (Bourlot, 2018, p.627).

3-9- Prise en charge psychanalytique et psychodynamique du traumatisme psychique

Pour Ferenczi, la thérapie d'un patient traumatisé nécessite de pouvoir remonter avec lui vers les événements eux-mêmes *avec les affects* qui les ont accompagnés,

et d'accéder ainsi aux zones tenues jusqu'ici à l'écart de la conscience (clivage) ou hors de portée des affects (dissociation). À la suite de Ferenczi, Torok invite le psychanalyste à devenir le « médium des catastrophes traumatiques » du patient. Ainsi, le traumatisme psychique connaît une signification spécifique dans l'histoire biographique du sujet. Pour se retrouver « entier », un nouveau combat attend le blessé psychique : celui d'une rétrospective sur sa trajectoire de vie qui lui permettra de donner un sens à l'événement traumatique, alors vécu comme insensé. Dans une perspective lacanienne, Auxéméry précise les possibilités thérapeutiques d'une *reconquête de l'intégrité subjective*. De ce fait, la psychothérapie requiert un « engagement actif du sujet ». Ne pouvant effacer la scène traumatique, le sujet lui donne du sens en se situant lui-même dans sa participation au drame qu'il a vécu. Ainsi peut reprendre cours le processus de subjectivation, jusqu'alors suspendu par l'*en-deuil* ou compromis par le trauma en souffrance. Dans le contexte de la cure, le *therapon* est le témoin confiant et empathique, accordant crédit à ce que son patient a vécu et à ce qu'il lui raconte, comme le confirme Douville. Il s'agit effectivement pour le patient de reprendre le chemin de sa subjectivation, c'est-à-dire des ressources personnelles qu'il découvre et des moyens singuliers qu'il invente pour exister, penser et s'exprimer de nouveau en tant que sujet (Tomasella, 2016, pp.250-252).

Les psychothérapies psycho-dynamiques s'inspirent des concepts de la psychanalyse. Dans le contexte de troubles post-traumatiques, elles visent moins à traiter le trauma qu'à amener le sujet traumatisé dans un travail d'élaboration. Elles ne cherchent pas à éradiquer des symptômes, mais à mettre le patient sur la voie d'un changement profond. La démarche passe par un réexamen de son histoire et des bouleversements qu'a introduits sa rencontre avec « le réel de la mort ». C'est une entreprise longue et difficile. Elle ne peut être proposée qu'à des sujets ayant la capacité à se laisser porter par leur propre parole sans trop « redouter » les imprévus que leur réserve les voies de l'association. Il ne s'agit pas comme en psychanalyse de la « libre association ». Aucune règle dans ce sens n'est édictée (Lebigot, 2005, p.13).

La prise en charge du psychotraumatisme

3-10- Autres prises en charge du traumatisme psychique chez l'adulte

Seront exposées ici les types de prise en charge n'ayant pas été abordés précédemment, et dans la littérature n'est pas trop abondante pour diverses raisons. Le but étant de donner un aperçu global au lecteur, notamment aux étudiants de psychologie clinique, afin qu'ils se familiarisent avec ces modalités de soins du psychotraumatisme.

Bui (2012) de son côté plaide en faveur de la psychothérapie de soutien quant à la prise en charge du psychotrauma, et ce, en aidant à restaurer les capacités antérieures déstabilisées par le trauma. En effet, les patients traumatisés se sentent souvent « déconnectés » et incompris des autres. Il a été retrouvé que le fait de percevoir un soutien social faible était propice à la persistance de symptômes un mois après le trauma. Il est ainsi du ressort du praticien de parvenir à approcher psychiquement ces patients. Il faudra ainsi qu'il s'attache à ne pas se montrer insensible auprès de ces patients prédisposés à se sentir incompris, mais aussi à encourager le patient à ne pas se désinsérer de son tissu social. Parallèlement, le soignant pourra aussi aider à « normaliser » la souffrance du patient en expliquant qu'il s'agit de réactions normales, ce qui l'aidera à se sentir moins déconnecté des autres. Enfin, d'une manière générale, l'alliance thérapeutique qui est importante dans les soins psychiques est encore plus importante chez ces patients qui ont d'énormes difficultés à rentrer en relation avec les autres. Une autre technique est l'explication des symptômes. Cette psychoéducation est essentielle. La prise en charge hygiéno-diététique correspond à celle recommandée dans les autres troubles anxieux. Les encouragements font partie de la psychothérapie de soutien, mais dans le cas des patients traumatisés.

Martineau (2014) aborde trois types de prise en charge du traumatisme psychique, à savoir : hypnose orientée solutions, thérapie narrative, et hypnose et thérapie stratégique par mouvements alternatifs. Elles permettent de remettre le sujet dans une position d'acteur de son devenir et supposent une coopération avec le patient qui amène une co-construction du soin.

BENAMSILI Lamia

Dans leur article, Chesnot et Chidiac intitulé « *la médiation argile : une thérapie innovante dans le traitement du traumatisme et du post-traumatisme* » (2019), ils montrent que l'argile permettrait un premier temps une voie cathartique nécessaire, suivi d'un deuxième temps d'élaboration et d'un troisième de transformation. Un atelier d'art-thérapie par l'argile peut aider les personnes ayant subi un traumatisme. L'argile, en tant que médium malléable, contribue au processus de changement dans un cadre thérapeutique.

Damiani (2010) plaide en faveur d'une réparation psychique. Un sujet victime d'une infraction pénale grave peut-être confrontée à un triple traumatisme : psychique, physique et « groupal ». En effet, le traumatisme a non seulement des effets désorganisateur directement sur le psychisme individuel, mais aussi sur le sentiment d'appartenance à la communauté. De ce fait, le sujet victime d'infraction pénale se devra à la fois d'élaborer un questionnement personnel et de parcourir un chemin judiciaire visant à restaurer son sentiment d'appartenance à la communauté. La réparation se joue donc sur deux scènes, celle de l'intime et celle du collectif, ce qui impose une réflexion sur la nécessaire prise en compte de la réalité psychique et de la réalité judiciaire qui confronte à deux positionnements et à deux modes de fonctionnement différents. Après avoir évoqué les fonctions pacificatrices et re-socialisantes du procès, l'accompagnement en trois temps sera abordé : la préparation formelle et psychologique avant le procès, l'accompagnement au procès, les groupes de paroles et l'information post procès.

Dubois (2019) emboîte le pas à Damiani. Il souligne que le parcours de soin médicopsychologique doit intégrer le parcours médico-judiciaire avec le constat médicolégal, et prendre en compte la protection nécessaire de la victime mineure. L'accompagnement pérenne est primordial. Il est soutenu par la psychothérapie qui est le traitement de fond. Celui-ci s'effectue par phases successives dans un souci de continuité et de protection.

Levine (2019) quant à lui pense la plupart des thérapies du traumatisme cherchent à atteindre l'esprit en utilisant le langage ou les médicaments. Ces deux approches peuvent être utiles. Cependant, le traumatisme n'est pas, ne sera pas et ne pourra

La prise en charge du psychotraumatisme

jamais être complètement guéri tant que nous ne tiendrons pas compte du rôle essentiel joué par le corps. Nous devons comprendre comment le traumatisme affecte le corps et la place prépondérante de ce dernier dans la guérison. Sans cette base, nos tentatives pour maîtriser le traumatisme se limiteront à un seul de ses aspects.

Dans son article Al Joboory (2019) cite d'autres thérapies comme l'intégration du cycle de vie (ICV), le développement de la mindfulness, la thérapie sensimotrice, le brainspotting, le modèle de l'identité temporelle.

3-11- Prise en charge des enfants et des adolescents traumatisés

- Les enfants :

Plutôt que de parler de traitement, il vaudrait sans doute mieux parler ; d'une assistance apportée à l'enfant quant à ses possibilités d'intégration du traumatisme. Autrement dit encore, il ne s'agit pas d'effacer ou d'annuler le traumatisme, mais d'atténuer ses effets négatifs en lui permettant une inscription psychique qui n'entrave ni ne bloque le fonctionnement de sa psyché. La perspective psychothérapeutique est donc évidemment centrale et, d'inspiration psychanalytique, elle s'appuie sur le modèle freudien du développement psycho-affectif et sur le concept d'après-coup. La seule visée abréactive ne suffit pas, comme en témoigne l'inefficacité relative des rêves répétitifs de la névrose traumatique. C'est à une reconstruction signifiante du traumatisme, soit à sa mise en sens, qu'il faut s'atteler en redonnant toute leur vigueur aux capacités de liaison et au travail associatif, seuls à même de permettre à l'enfant de se dégager d'une position purement passive (Bailly, Golse, Soulé, 2004, p.2804).

Pour les enfants, les entretiens psychothérapeutiques sont probablement une des méthodes les plus utilisées et les plus efficaces dans le traitement des séquelles de psychotraumatismes. L'instauration du cadre thérapeutique est déjà un grand soulagement pour l'enfant, qui a enfin quelqu'un qui consent à l'écouter. Le récit de son histoire s'accompagne parfois de phénomènes cathartiques au cours desquels se déchargent les affects pathogènes. Mais cette abréaction est le plus souvent insuffisante, même si, pour certains auteurs, elle permet au sujet « d'objectiver et

maîtriser un événement doté d'une puissance aliénante obscure, en le remplaçant dans une situation interhumaine de dialogue ». C'est dans le transfert que l'enfant va pouvoir se dégager de la répétition incessante du souvenir traumatique et reprendre contact avec sa vie affective d'avant le trauma. « Pendant tout ce temps l'analysant sera plongé dans une névrose traumatique de transfert, c'est-à-dire dans Une répétition mortifère, avant d'accéder, grâce à la liaison avec Eros, à une répétition qui débouche sur la mémoire, l'élaboration et la reprise du processus de symbolisation (Bailly, Golse, Soulé, 2004, p.2804).

Face aux difficultés de la communication verbale avec les enfants dans la situation analytique, Klein (1929) eut recours au jeu, lieu d'expression naturel de leur vie imaginaire. À sa suite, d'autres théoriciens, comme Winnicott (1975), puis Dolto (1984), se sont intéressés à l'activité ludique des enfants, soulignant d'une part la place importante occupée par le jeu dès le plus jeune âge dans l'harmonie du développement de l'enfant, et d'autre part sa fonction thérapeutique au cours des évolutions pathologiques de la personnalité. Certes, tout adulte peut se sentir thérapeute, en jouant avec un enfant en difficulté. Mais comme tout outil de soin efficace, le jeu doit être utilisé avec prudence et maîtrise, après une analyse clinique rigoureuse, pour ne pas aggraver la souffrance psychique, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants victimes d'événements traumatiques. Le jeu pourra dans ces contextes retenir l'attention du clinicien, dans la mesure où ses perturbations – qualitatives et quantitatives – peuvent lui donner l'aspect très spécifique du jeu dit « traumatique » et constituer un indice diagnostique précieux. Sur le plan pratique, la conception et la réalisation d'une « mallette » de jeu, portable, pour intervenir auprès des enfants traumatisés sont une innovation qui commence à être très appréciée des psychiatres et psychologues intervenants, tant dans l'immédiat qu'en post-immédiat ou en différé, auprès des enfants rendus muets par le choc ou emprisonnés dans l'indicible du trauma (Gandelet, 2014b, p.231).

L'enfant traumatisé, encore envahi par les éprouvés sensoriels et sous le choc de son expérience du chaos, n'est souvent pas en état de penser ni de dire ce qu'il vient de vivre. Mais, précédant une future verbalisation, il dispose de son geste

La prise en charge du psychotraumatisme

graphique, « préparole » au bout des doigts pour se dégager de l'indicible. Cette invitation à dessiner encourage l'enfant à s'exprimer et l'arrache à la perpétuation de l'instant figé du trauma. Le psychologue clinicien, ou le pédopsychiatre, devra se garder de faire dessiner d'emblée, crûment, le vécu du trauma, ce qui ne ferait que raviver la souffrance. Il procédera en trois temps successifs, lors d'une seule séance, faisant d'abord dessiner « comment c'était avant », référence à un passé heureux, puis « comment c'était pendant », occasion de libération parfois cathartique des émotions et de mise en ordre signifiante, et enfin « comment tu souhaites pour plus tard », esquisse d'une reconstruction du monde et de soi-même, à partir des réminiscences de l'avant et détourné du chaos du « pendant ». C'est la technique des trois dessins, qui est de plus en plus utilisée comme invitation à l'expression pour l'enfant traumatisé (Hariki, 2014b, p.241).

La résilience peut s'opérer grâce aux vertus de la parole et de la narration et, à cet effet, démontre comment utiliser des outils permettant d'organiser cette mise en mots de la souffrance : récit de vie, génogramme, échelle de mesure permettant d'évaluer le processus que le jeune met en œuvre pour aller de l'avant après un traumatisme. La dimension narrative, ici développée, est une piste d'accompagnement psychothérapeutique. Dans ce nouveau paradigme, il s'agit pour l'adolescent, non pas de s'enfermer dans un diagnostic ou son histoire de vie traumatique, mais au contraire de trouver et mobiliser ses ressources pour créer une nouvelle perspective de vie (Sajus, Tisseron, 2018).

- Les adolescents

Vila (2011) rapporte que les méthodes les plus employées dans le champ des traitements du trauma chez les adolescents sont d'inspiration psychanalytique, cognitivo-comportementale ou systémique. Une partie du traitement peut être fait en groupe. Le psychodrame est utilisé aussi dans cette indication. L'hypnose eriksonienne constitue également une méthode intéressante. L'EMDR vient en appoint au cours d'une autre thérapie. Les techniques à la médiation corporelle, comme la relaxation thérapeutique sont intéressantes chez l'adolescent. Les

thérapeutiques de groupe sont une approche récente. Un abord familial est indiqué dans certains cas.

Dépasser le trauma peut s'opérer grâce aux vertus de la parole et de la narration et, à cet effet, démontre comment utiliser des outils permettant d'organiser cette mise en mots de la souffrance : récit de vie, génogramme, échelle de mesure permettant d'évaluer le processus que le jeune met en œuvre pour aller de l'avant après un traumatisme. La dimension narrative, ici développée, est une piste d'accompagnement psychothérapeutique. Dans ce nouveau paradigme, il s'agit pour l'adolescent, non pas de s'enfermer dans un diagnostic ou son histoire de vie traumatique, mais au contraire de trouver et mobiliser ses ressources pour créer une nouvelle perspective de vie (Sajus& Tisseron, 2018).

En effet, chez l'adolescent, Les soins peuvent utilement s'inspirer de ce concept : le travail sur les ressources de l'adolescent et de son environnement est particulièrement fécond à une période de la vie marquée par les processus d'autonomisation. Dans une large mesure, les approches de prévention et de promotion de la santé s'inspirent de la même philosophie (Michaud, 2004).

4- Conclusion :

Le traumatisme psychique définit le choc émotionnel d'un individu à la suite à d'un évènement traumatique.

Dans ce cadre, notre pays a connu plusieurs évènements potentiellement traumatiques. Dans ce cadre, le psychologue clinicien se doit, dans sa pratique clinique, de diagnostiquer et de prendre en charge ce type de trouble.

Le psychologue clinicien se doit de porter un regard accueillant, sensible, humain, mais aussi rigoureux et objectif sur le traumatisme psychique, pour, réunir une dynamique pluridisciplinaire autour du repérage, du diagnostic précoce, de la reconnaissance et de la prise en charge du trouble traumatique.

Bibliographie :

1. Al Joboory, S et al. (2019). Psychotraumatologie : prendre en charge les traumatismes psychiques. *Annales médico-psychologiques*. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.07.002>
2. Allard-Dansereau, C., Cyr, M., Hébert, M. et Tourigny, M. (2012). *L'agression sexuelle envers les enfants*. Paris, France : PUQ.

La prise en charge du psychotraumatisme

3. Bailly, L., Golse, B. et Soulé, M. (2004). Conséquences pour les enfants des crises familiales graves et des événements traumatiques. Dans S. Lebovici (dir.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (p.2793-2806). Paris, France : PUF.
4. Bessoles, Ph. (2006). Les interventions psychothérapeutiques précoces post-traumatiques. *L'Information psychiatrique*, 82 (3), 231-237. <http://doi.org/10.3917/inpsy.8203.0231>
5. Bioy, A., Conradi, S., Barfety-Servignat. (2014). Entendre, évaluer et répondre au traumatisme psychique. *Douleur analg*, 27, 75-81. <http://doi.org/10.1007/s11724-014-0387-7>
6. Bourlot, G. (2018). Qu'est-ce qu'une narration ? les fonctions psychiques de la narration. *L'évolution psychiatrique*, 83, 627-645. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2018.04.009>
7. Bui, E. (2012). Les psychothérapies de soutien dans les traumatismes. Dans L. Schmie (dir.), *Psychothérapie de soutien* (p.81-87). Paris, France : Elsevier Masson.
8. Coq, J-M. (2018). Interventions psychologiques d'urgence auprès des victimes d'attentats terroristes. *Dialogue*, 3 (221), 89-102. <http://doi.org/10.3917/dia.221.0089>
9. Crocq, L. (2012). *16 leçons sur le trauma*. Paris, France : Odile Jacob.
10. Damiani, C. (2010). La réparation psychique. *Médecine & droit*, (100-101), 56-61. <https://doi.org/10.1016/j.meddro.2010.01.001>
11. Devin, A-L. (2014). Syndrome de stress post-traumatique et troubles cognitifs associés. Dans S. Montel (dir.), *Neuropsychologie et santé* (p.123-157). Paris, France : Dunod.
12. Dubois, V-H. (2019). Psychotraumatisme de l'enfant et de l'adolescent : définitions, aspects cliniques et principes de soin. *Perfectionnement en pédiatrie*, 2 (2), 152-162. <https://doi.org/10.1016/j.perped.2019.04.018>.
13. Gandellet, J-P. (2014b). Du jeu traumatique au jeu thérapeutique chez l'enfant traumatisé. Dans L. Crocq (dir.), *Traumatismes psychiques. Prise en charge des victimes* (p.232-239). Paris, France : Elsevier Masson.
14. Guay, S. et Marchand, A. (2006). *Les troubles liés aux événements traumatiques*. Montréal, Canada : PUM.
15. Hariki, S. (2014b). Le dessin dans la thérapie de l'enfant traumatisé. Dans L. Crocq (dir.), *Traumatismes psychiques. Prise en charge des victimes* (p.141-252). Paris, France : Elsevier Masson.
16. Lebigot, F. (2005). *Le traumatisme psychique* (2 e éd). Paris, France : Fabert.
17. Levine, P-A. (2019). *Réveiller le tigre, guérir le traumatisme* (traduit par M. Bourseau). Paris, France : InterEditions.
18. Liénard, Y. (2012). Trauma et pleine conscience. Dans R.Coutanceau, J. Smith. et S. Lemitre (dir). *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. (p.248-254). Paris, France : Dunod.

19. Martineau, W. (2014). Quelles approches psychothérapeutiques dans les ESPT et les traumatismes psychiques ? *European Psychiatry*, 29 (8), 675. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.087>.
20. Marx, Ch. (2013). *L'EMDR*. Paris, France : Eyrolles.
21. Noumbissié, C-D. (2018). *Catastrophe ferroviaire, représentation et troubles post-traumatiques*. Paris, France : L'Harmattan.
22. Pinoit, J-M. (2000). *Psychiatrie. Thérapeutique pour le pharmacien*. Paris, France : Masson.
23. Pinoit, J-M. (2000). *Psychiatrie. Thérapeutique pour le pharmacien*. Paris, France : Masson
24. Ponseti-Gaillochon, A., Duchet, C. et Molenda, S. (2009). *Le débriefing psychologique*. Paris, France : Dunod.
25. Pouilly, C. (2017). *Urg'Psychiatrie*(2 e éd). Paris, France : Arnette.
26. Prieto, N. et Cheucle, E. (2005). Les cellules d'urgence médicopsychologique. Dans F. Lebigot (dir.), *Victimologie-Criminologie. Approches clinique* (p.115-122). Paris, France : Champ social.
27. Prieto, N. et Cheucle, E. (2005). Les cellules d'urgence médicopsychologique. Dans F. Lebigot (dir.), *Victimologie-Criminologie. Approches clinique* (p.115-122). Paris, France : Champ social.
28. Rocques, J. (2016). *EMDR : Une révolution thérapeutique*. Paris, France : Desclée De Brouwer.
29. Romano, H. (2013). *L'aide-mémoire de l'urgence médico-psychologique*. Paris, France : Dunod.
30. Sajus, N. et Tisseron, S. (2018). *Adolescence : du traumatisme de vie à la résilience*. Montrouge, France : Editions législatives.
31. Shapiro, F. (2007). *Manuel d'EMDR : principes, protocoles, procédures*(traduit par V.Mégevand). Paris, France : InterEditions.
32. Shapiro, F. et Silk-Forrest, M. (2014). *Des yeux pour guérir : EMDR : la thérapie pour surmonter l'angoisse, le stress et les traumatismes* (traduit par V.Mégevand) . Paris, France : Contemporary French Fiction.
33. Simon, V. (2012). Du bon usage de l'hypnose, facteur de résilience dans la prise en charge du trauma. Dans R. Coutanceau, J. Smith. et S. Lemitre (dir). *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. (p.255-263). Paris, France : Dunod.
34. Tarquinio, C. (2014b). EMDR et prise en charge du psychotraumatisme. Dans L. Crocq (dir.), *Traumatismes psychiques. Prise en charge des victimes* (p. 211-220). Paris, France : Elsevier Masson.
35. Tomasella, S. (2016). Trauma, deuil et principe d'intégrité. *L'Evolution Psychiatrique*, 81 (3), 641-652. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2015.05.004>
36. Vila, G. (2011). Psychothérapies du trauma de l'enfant et de l'adolescent. Dans In C. Damiani., & F. Lebigot (Eds.), *Les mots du trauma. Vocabulaire de psychotraumatologie* (pp.108-110). Paris : Philippe Duval.

La prise en charge du psychotraumatisme

37. Vila, G. (2014b). Les thérapie cognitivo-comportementales du trauma. Dans L. Crocq (dir.), *Traumatismes psychiques. Prise en charge des victimes* (p.203-210). Paris, France : Elsevier Masson.