

Université Lumière Lyon 2

ECOLE DOCTORALE : EPIC

Spécialité psychologie sociale, parcours de l'interculturalité

Laboratoire « santé, individu et société » EA-SIS 4129

Traumatisme psychique et symbolisation

Cas des victimes de guerre en Irak

Par Nada ALJENDI

Thèse de doctorat de psychologie

Dirigée par Monsieur Le Professeur Mohamed LAHLOU

Présentée et soutenue publiquement le **29 septembre 2015**

Devant un jury composé de :

BENDAHMANN Hossain, MCF-HDR, Université de Strasbourg.

BOLZMAN Claudio, Professeur, HETS de Genève.

GAUCHER Jacques, Professeur émérite, Université Lyon 2.

LAHLOU Mohamed, Professeur émérite, Université Lyon 2.

REMERCIEMENTS

Je remercie Monsieur Mohamed Lahlou, mon directeur de thèse, pour avoir encadré mon travail de recherche, pour ses encouragements, son soutien, ainsi que ses conseils avisés et déterminants tout au long de ce projet.

Je remercie également les Membres du Jury de m'avoir fait l'honneur d'accepter de faire partie du jury.

Je dédie une pensée toute particulière à mes deux chères amies Mel Naima Zeradine (cognitiviste) et Mel Nora Hicher (psychologue), pour leur soutien, leur aide précieuse et le temps qu'elles m'ont accordé tout au long de ce travail. Je leur adresse ma plus profonde reconnaissance pour leur disponibilité, leurs encouragements et leurs critiques qui m'ont permis de sans cesse améliorer mon travail.

Je tiens également à remercier Madame Rekia Lahlou, dont la réflexion toujours pointue m'a aidée à perfectionner mon travail et avec qui les échanges ont été une source d'inspiration.

Je souhaite remercier de tout cœur M. Nabil Toumeh qui m'a encouragée et qui m'a facilité l'accès au terrain à Damas. Ses réflexions m'ont été extrêmement utiles et son aide très précieuse. Je remercie également toute l'équipe du magazine Alazmenah et M. Ayman Wanous pour leur aide précieuse ainsi que Basma Abousaleh pour son soutien.

Je remercie sincèrement mon amie Zeina Khair, pour son soutien et ses encouragements, ainsi que mon amie Marion Cherblanc, pour le partage de ses expériences humanitaires psychosociales auprès de réfugiés en Haïti. Je remercie aussi mon ami Redoine Abouddahabe pour son aide et ses réflexions pertinentes.

Je remercie toutes les personnes de mon entourage qui m'ont aidée tout au long de ce travail, tout particulièrement mes parents, ma mère qui m'a toujours donné de l'espoir, mon mari ainsi que mes enfants Rémi et Yara, qui m'ont donné la force de continuer, mon frère et mes deux sœurs, pour leurs encouragements.

Je remercie évidemment chaleureusement toutes les personnes « du terrain » que j'ai rencontrées au cours de ces années de recherche. Je tiens particulièrement à remercier la directrice du centre de réfugiés de Koudssia à Damas pour son soutien et son aide précieuse.

Je remercie l'équipe ECPA (Editions du Centre de Psychologie Appliquée) de m'avoir permis d'utiliser les questionnaires d'évaluation du traumatisme Traumaq.

Table des matières

INTRODUCTION	8
Problématique et hypothèses de recherche	11
PREMIÈRE PARTIE : APPROCHE THÉORIQUE	13
I. Le traumatisme psychique.....	14
I.1. Définition et caractéristiques du traumatisme.....	14
I.1.1. Origine étymologique du mot	14
I.1.2. Réflexions préliminaires sur le traumatisme.....	15
I.1.3. Caractéristiques du traumatisme	19
I.2. Les différentes approches du traumatisme	20
I.2.1. Approches psychologique et psychanalytique du traumatisme	20
I.2.2. Traumatisme primaire et traumatisme secondaire	25
I.2.3. Approche phénoménologique du traumatisme.....	26
I.3. Stress et trauma	27
I.3.1. La réaction immédiate.....	28
I.3.2. La réaction immédiate adaptative	29
I.3.3. La réaction immédiate inadaptée « stress dépassé »	30
I.3.4. La névrose traumatique	33
I.4. La clinique du Traumatisme.....	34
I.4.1. Description de l'état de stress post-traumatique dans le DSM-IV	34
I.4.2. Les troubles non spécifiques non répertoriés dans le DSM-IV.....	38
I.4.3. Description clinique du syndrome psycho-traumatique.....	39
I.4.4. Les symptômes non spécifiques	45
I.5. Typologie du processus de psychotraumatisation.....	47
I.5.1. Classification de Terr (1991) selon la fréquence d'exposition au traumatisme.....	47
I.5.2. Le traumatisme simple et le traumatisme complexe	48
I.5.3. Le traumatisme direct et le traumatisme indirect.....	49
II. Le traumatisme collectif : cas de l'Irak.....	51
II.1. Chroniques historiques de la guerre en Irak (1980 à nos jours)	51
II.2. Approche du traumatisme collectif.....	54
II.3. Les stratégies de survie	56
III. Le traumatisme de la migration	63
III.1. Traumatisme de l'exil.....	64
III.2. Le parcours migratoire.....	66
IV. La culture : définition et fonctions psychiques	68

IV.1. Alliances et pactes inconscients	69
IV.2. La transmission de la culture.....	70
IV.3. Les effets de la croyance dans le cas d'un traumatisme.....	71
V. La mémoire.....	75
V.1. Aspects cognitifs de la mémoire.....	75
V.2. Approche psychanalytique de la mémoire.....	76
V.3. Mémoire et oubli	80
V.4. Mémoire et trauma.....	81
VI. Le concept d'enveloppe psychique	84
VI.1. L'enveloppe psychique.....	84
VI.2. Le Moi-peau	86
VII. Les représentations psychiques.....	91
VII.1. Définition	91
VII.2. Aspects cognitifs.....	94
VII.3. Aspects psychanalytiques	94
VII.4. Représentation et culture.....	96
VII.5. La représentation sociale.....	97
VIII. La symbolisation.....	99
VIII.1. Définition du symbole	99
VIII.2. Le symbole : création psychique et culturelle	101
VIII.3. Qu'est-ce que la symbolisation ?.....	101
VIII.4. La naissance de la vie psychique et de la symbolisation.....	102
VIII.5. Définitions de la symbolisation	104
VIII.6. Les niveaux de symbolisation.....	106
VIII.7. Symbolisation et situation de traumatisme	109
VIII.8. Le traumatisme comme échec de la symbolisation primaire.....	111
IX. L'estime de soi	113
IX.1. Définitions de l'estime de soi.....	113
IX.2. Construction de l'estime de soi	114
IX.3. Théorie de l'estime de soi	116
IX.4. L'impact du traumatisme psychique sur l'estime de soi	120
IX.5. Estime de soi et résilience	122
X. La résilience.....	123
X.1. Définition de la résilience.....	123
X.2. Processus de résilience	125
X.3. Les facteurs de résilience.....	129
DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	130

I. Méthode de recherche et population d'étude	131
II. Instruments d'investigation.....	132
II.1. L'entretien.....	132
II.2. Le récit de vie.....	133
II.3. Le TRAUMAQ	134
II.4. L'échelle de l'estime de soi de Rosenberg	135
III. Objectifs assignés aux instruments d'investigation.....	136
IV. Les démarches de la recherche	137
V. Les difficultés rencontrées	138
V.1. Difficultés concernant notre position de chercheur face aux situations de guerre	138
V.2. Difficultés concernant les outils de recherche	141
V.3. Difficultés liées à la traduction	145
VI. Opérationnalisation des entretiens.....	146
VI.1. Le déroulement de l'entretien.....	146
VI.2. L'échantillon	147
TROISIÈME PARTIE : PRATIQUE ET RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	148
III.1. Études des cas.....	149
III.1.1. ZEINA	149
III.1.2. FADHILA.....	160
III.1.3. SALAM	173
III.1.4. TIBA	193
III.1.5. BAKKIA.....	205
III.1.6. KARIMA	220
III.1.7. AICHA	232
III.1.8. AMAL	244
III.1.9. AMINA.....	257
III.1.10. RIMA.....	271
III.2. Synthèse générale des cas.....	290
III.2.1. Synthèse générale des récits de vie de tous les cas.....	290
III.2.2. Synthèse générale du questionnaire d'évaluation du traumatisme (Traumaq).....	300
III.2.3. Synthèse générale de l'estime de soi	313
III.3. Approche thématique.....	329
III.3.1. Le non-lieu territorial et psychique	329
III.3.2. La foi comme une force invisible vers la résilience	331
III.3.3. Étayage social	334
III.4. Aspects synthétiques et vérification des hypothèses	336
CONCLUSION	347

BIBLIOGRAPHIE	353
Table des Annexes.....	367

INTRODUCTION

Dans la culture orientale, si une personne échappe à un accident, on dit qu'« *il lui est réécrit une nouvelle vie* ».

Nous entendons souvent cette phrase dans les pays orientaux lorsqu'un individu affronte la mort et la réalité de la mort. Que signifie cette phrase ? Que veut dire une nouvelle vie ? Une vie après la mort ? De quelle couleur se teinte cette nouvelle vie ? D'où vient la nouveauté ? Quelle vision profonde reflète cette métaphore ?

Tant de questions soulevées par cette phrase autour du sens du traumatisme que nous allons approfondir au cours de cette recherche.

Aujourd'hui, le monde est en proie à de nombreux conflits et violences, en particulier dans le monde arabe. La Syrie a toujours été un pays d'accueil pour les personnes fuyant les conflits des pays voisins en particulier, notamment d'Arménie au début du siècle dernier, de Palestine, du Liban, du Kurdistan et d'Irak.

Dès l'école et dans ma vie d'adulte, j'ai côtoyé de nombreuses personnes en exil qui ont vécu les violences de la guerre. À l'écoute de leurs histoires qui reflètent tant de force et de tristesse, de leurs phrases avec tant de mots difficiles à dire et de récits difficiles à entendre, je me suis interrogée sur la réalité des expériences vécues, tant leur horreur me semblait inhumaine, ou un film d'épouvante.

Que savons-nous de ces vies brisées, de toutes les blessures psychiques qu'elles portent en elles ? Sont-elles traumatisées ?

Je me suis toujours demandé comment ces personnes pouvaient continuer de vivre malgré les trajectoires chaotiques de leurs vies ? Quel impact a eu la violence sur leur vie psychique ? Comment se reconstruisent-elles ? Quelle force leur permet de vivre chaque jour ? Les vies sont-elles brisées à jamais ? Les blessures cicatriseront-elles un jour ?

Dans le contexte de notre recherche, nous nous sommes intéressée aux traumatisés de guerre irakiens réfugiés en Syrie. En effet, suite à l'invasion américaine de l'Irak en 2003 et ses conséquences sur les civils, environ deux millions de réfugiés irakiens sont entrés en Syrie.

Pour notre thèse, nous sommes partie de l'idée essentielle qu'en situation de guerre, le traumatisme est déclenché à partir d'un événement survenant dans un contexte de rencontre avec la violence de la mort. Ce traumatisme provoque au niveau psychique une effraction qui se traduit en particulier par le syndrome de répétition qui met en évidence le retour dans le réel d'un signifiant en lien avec l'événement traumatique.

Ainsi, après le traumatisme de guerre, même si la vie reprend « normalement » pour le sujet, il demeure, malgré tout, une toile de fond faite d'images « d'horreur » des événements et des souffrances vécus.

Sur le plan mnésique, le traumatisme est maintenu par un mécanisme de répétition. La mémoire ne fait plus son travail ; ce qui entraîne une fixation sur l'événement traumatique.

Compte tenu de la complexité de notre sujet et des faits analysés, nous avons travaillé notre recherche dans une perspective à la fois interculturelle, clinique et sociale.

L'objectif de notre démarche est d'évaluer l'impact de l'événement traumatique sur le sujet, en décelant un « avant » et un « après », afin de révéler l'absence de représentation, l'absence de signification et le non-sens qu'a constitué l'expérience traumatique ; un événement survenu qui a court-circuité les défenses d'attribution de sens. Pour voir la capacité à représenter l'expérience subie, nous avons mis l'accent sur des facteurs de personnalité et l'existence de relations étayantes d'un environnement ressource qui permet le développement des ressources du monde interne. Ainsi, « les mécanismes psychiques mis en jeu dans la construction de la résilience sont déployés selon deux axes qui entretiennent entre eux des liens dialectiques : l'axe intrapsychique et l'axe relationnel, interactionnel. L'axe intrapsychique, plus particulièrement, concerne les moyens mis en œuvre pour lutter contre les effets traumatiques de certaines situations et événements. Ces moyens font appel, d'une part, à la capacité à mettre en représentation, à construire un imaginaire capable de gérer les sensations, les émotions, les états du corps suscités par un traumatisme ; d'autre part, au traitement cognitif de l'information et à la capacité d'organisation, de planification, de

fixation des objectifs qui est encore plus développée par la mise à distance et le contrôle des affects ; et, enfin, à la capacité de mise en action des processus de pensée dans l'inventivité, la créativité, le jeu, le combat, etc. »¹.

¹ DELAGE, M. *Traumatisme psychique et Résilience Familiale. Revue francophone du Stress et du Trauma*. Mai 2002 - tome 2 – N° 2, p. 69.

Problématique et hypothèses de recherche

Pour expliciter le concept de traumatisme, nous nous sommes appuyée sur les théories développées par J. Laplanche et J.-B. Pontalis (1967) qui définissent le traumatisme comme un « événement de la vie du sujet, qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque »².

Autrement dit, le traumatisme est la conséquence de toute situation qui n'a pu être véritablement intégrée.

Lorsque la symbolisation n'a pas été possible, il y a répétition du traumatisme qui n'a pu être refoulé. Le traumatisme marque le sujet ; il n'y a ni affect, ni représentation, ni sens. D'où la question principale que nous nous posons : Pourquoi certains sujets ne dépassent-ils pas l'état traumatique ?

Nous nous appuyons notamment sur la métaphore **d'enveloppe psychique** de D. Anzieu (1987) qui la définit et l'étudie comme « *une fonction selon laquelle la vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse, trouve un espace dans lequel elle est reçue, contenue puis pensée grâce à la qualité des relations entretenues avec l'environnement* ».

Le traumatisme psychisme peut se définir comme un effondrement de l'enveloppe psychique ou lorsqu'apparaissent des trous du fait de l'agression du monde externe qui s'accompagnent d'effets de sidération, de déliaison et d'incapacité à penser.³

L'estime de soi est associée à l'autonomie qui engendre la capacité de gérer sa vie et de décider du sens à lui donner.⁴

² LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France, 1967, p. 499.

³ DELAGE, M. *Traumatisme psychique et Résilience Familiale*. *Revue francophone du Stress et du Trauma*. Mai 2002 - tome 2 – N° 2, p. 70.

⁴ GODEFROID, J. *Psychologie science humaine et science cognitive*. Bruxelles : De Boeck, 2011, p. 787.

Les recherches sur la résilience montrent les liens qui existent entre l'estime de soi et la résilience : ainsi, plus l'estime de soi augmenterait et plus le risque d'être affecté par un traumatisme diminuerait.

À partir de cette problématique, nous avons envisagé deux hypothèses :

Hypothèse 1 : pour se construire, après un traumatisme, le sujet a besoin de donner du sens et de symboliser l'événement douloureux en maintenant une enveloppe psychique assez forte et en ayant une estime de soi positive.

Hypothèse 2 : l'influence de l'exil sur l'estime de soi a des conséquences sur le vécu traumatique.

Lorsque l'exil est positif, il renforce l'estime de soi, lorsque l'exil est négatif, il affaiblirait l'estime de soi.

Nous précisons, à ce propos, les points suivants :

- La défaillance de l'estime de soi a pour conséquence la non symbolisation de l'événement traumatique.
- Une enveloppe psychique forte et une estime de soi positive permettent de dépasser l'état traumatique.
- *Hors, si la répétition est constructive, cela permet à la personne de donner du sens à l'événement (tentative de symbolisation). En revanche, si la répétition n'est pas constructive, elle révèle que l'enveloppe psychique est « trouée » et se traduit par l'échec de symbolisation.*

PREMIÈRE PARTIE : APPROCHE THÉORIQUE

I. Le traumatisme psychique

Dans cette partie, nous allons présenter le traumatisme en général, les particularités et les caractéristiques du traumatisme psychique tel qu'il est décrit dans la théorie psychanalytique.

Dans une deuxième partie, nous aborderons le traumatisme collectif tel qu'il est décrit par les spécialistes, en particulier la caractéristique du traumatisme de guerre et de la guerre civile en Irak.

I.1. Définition et caractéristiques du traumatisme

I.1.1. Origine étymologique du mot

Le mot « traumatisme » vient du grec ancien « *traumatismos* », qui peut être traduit par « *blessure* ». Transposé à la pathologie chirurgicale, il signifie « transmission d'un choc mécanique violent exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et provoquant une blessure ou une contusion » (L. Crocq, 2007). Transposé ensuite à la psychopathologie, le mot assorti de sa précision « psychique » signifie « transmission d'un choc psychique (et non plus mécanique) exercé par des agents extérieurs psychiques (et non plus physiques) sur le psychisme (et non plus sur le corps), et y provoquant des désordres psychiques (et non plus somatiques) » (L. Crocq, 2007).

Le traumatisme est donc une sorte de **blessure**. Quant à la notion de « *trauma* », du grec « trou », « percé », c'est non seulement la plaie, mais c'est aussi l'effet qui s'ensuit. Le traumatisme est donc plus profond que la blessure seule.

L'étymologie grecque définit le traumatisme comme une sorte de blessure avec effraction de la peau, une brèche dans l'enveloppe corporelle. En médecine, il dénote une lésion des tissus.⁵

I.1.2. Réflexions préliminaires sur le traumatisme

Le terme traumatisme est employé lorsque l'on cherche à désigner l'impact psychique d'un événement qui a douloureusement marqué l'existence d'une personne. Un événement hors du commun qui ne doit pas être confondu avec des événements de vie stressants, créant chez la personne des émotions fortes, voire violentes, et tout ce qui peut caractériser une « blessure » intérieure. Mais être exposé à une expérience violente ne veut pas forcément dire être traumatisé, car un même événement potentiellement traumatisant fera trauma pour certains individus mais pas pour d'autres, et pour certains individus aujourd'hui mais pas demain. Tout dépend de la violence de l'agression, de la manière dont l'événement est vécu, et de l'état du psychisme qui le subit.

On parle alors de *potentiel traumatique* pour évoquer la puissance subjective d'un événement traumatique.

Le traumatisme est défini par J. Laplanche et J.-B. Pontalis (1973) comme un « événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitation qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations »⁶.

Le concept de « traumatisme » occupe une place très importante dans la théorie psychanalytique. Ainsi, le Dictionnaire International de la Psychanalyse insiste sur la notion de *soudaineté* et le définit comme un « événement qui par sa violence et sa *soudaineté*, entraîne un afflux d'excitation suffisant à mettre en échec les mécanismes de défense

⁵ CROCQ, L. *Traumatismes psychiques, prise en charge psychologique des victimes*. Elsevier-Masson, 2007, p. 6.

⁶ LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France, 1967.

habituellement efficaces, le traumatisme produit le plus souvent un état de sidération et entraîne à plus ou moins long terme une désorganisation dans la vie psychique »⁷.

Pour C. Barrois (1988), le traumatisme est un choc violent, **inattendu**, lié d'une rencontre avec le « réel » de la mort, la personne y réagit avec **effroi** et dans un sentiment d'impuissance et d'absence de secours. Ensuite, l'événement effrayant reste non intégré au psychisme, revenant de façon compulsive dans des sensations de reviviscence ou comme menace imminente.⁸

L'aspect soudaineté de l'évènement entraîne un débordement des défenses psychologiques du sujet, ce qui produit un état dans lequel le sujet ne peut véritablement saisir ce à quoi il est confronté, il ne peut pas le représenter symboliquement, lui donner du sens. En effet, le sujet confronté à un état « d'impréparation » ne peut réagir à la violence de l'événement en raison d'un défaut d'angoisse signal, ce qui le laisse sidéré sur le plan psychique. La notion d'impréparation amène à son tour au concept de **vulnérabilité**, et à la notion de période vulnérable au traumatisme, accentuant le caractère relatif du traumatisme.

Qu'est-ce que l'effroi ?

L'effroi est une dimension centrale dans le psychotraumatisme et renvoie à un état de sidération et d'immobilité psychique du sujet confronté à la grande violence de l'événement traumatique (K. Chahraoui, 2014).⁹

S. Freud (1920-1924)¹⁰, distingue l'effroi des deux affects que sont la peur et l'angoisse qui accompagnent l'attente d'un danger connu ou inconnu. L'effroi surprend le sujet sans qu'il n'ait pu, au moyen de l'angoisse, se préparer à cette rencontre avec l'objet traumatique

Dans le langage psychanalytique, l'effroi est « l'affect ressenti par le sujet plongé sans préparation dans la situation de détresse. L'effroi prive ordinairement le sujet de toute possibilité de réaction : il met le moi hors d'état d'exercer ses fonctions de liaison des quantités d'excitation. Il est de ce fait toujours présent à l'origine de la névrose traumatique que S. Freud nomme parfois névrose d'effroi »¹¹.

⁷ DE MIJOLLA, A. *Dictionnaire International de Psychanalyse*, 2002.

⁸ BARROIS, C. *Les Névrotes traumatiques*. Paris : Dunod, 1988.

⁹ CHAHRAOUI, K. *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*. Paris : Dunod, 2014, p. 12.

¹⁰ LEBIGOT, F., DAMIANI, C. *Les mots du trauma – Vocabulaire de psychotraumatologie*, 2011, p. 76.

¹¹ DORON, R., PAROT, F. *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Presses universitaires de France, 1991, p. 245.

Ainsi, l'effroi se caractérise par un état de surprise (sans préparation) que le moi subit suite à une violence traduite par un état de sidération, d'effraction psychique et de suspension de la pensée, le sujet est incapable d'agir et de résister. Les psychanalystes évoquent souvent le regard de Méduse effrayant pour faire référence au traumatisme psychique.

F. Lebigot (2011) précise que si l'on note de l'effroi, il est certain qu'il y a eu traumatisme et que le syndrome de répétition fera son apparition à un moment ou à un autre.

« L'effroi est ce moment, repérable dans la clinique, où l'image traumatique fait effraction dans l'appareil psychique. C'est un moment généralement très bref, où le sujet se sent vidé de toute pensée. Il ne ressent plus aucune émotion »¹².

R. Roussillon (2001), dans son article « *Théorie psychanalytique du traumatisme* », indique que la sidération provoqué par le trauma affecte également la temporalité et l'ensemble du système « *secondaire* » de la psyché, l'expérience paraît durer interminablement, être sans fin ou plutôt hors du temps, hors de l'histoire et hors de la temporalité historisante.

Le traumatisme psychique est associé à des situations où le sujet a été confronté à sa mort ou à la mort de l'autre. La mort ou le retour au néant mystérieux et redouté. Il n'y a pas de représentation de la mort « *nous savons tous ce qu'est un cadavre, mais nous ne savons pas ce qu'est la mort* » (C. Barrois, 1988). Ainsi, un événement est dit « traumatique » lorsqu'une personne est confrontée à la mort, à la peur de mourir ou lorsque son intégrité physique ou celle d'une autre personne a pu être menacée.

L'évènement traumatique, par sa violence, a créé une rupture du pare-excitation de l'image traumatique comme un « corps étranger » (S. Freud, 1920), qui fait alors éternellement retour par défaut d'élaboration. C'est parce que le sujet ne parvient pas à transformer ce percept en pensée et à l'associer à des mots et à des émotions qui prennent sens pour lui que l'image traumatique revient de manière incessante. Les symptômes de répétition marquent la prédominance du perceptif qui ne peut être lié à aucune représentation mentale pour pouvoir être associé et intégré à la mémoire. Le traumatisme psychique correspond à une absence d'élaboration, de mentalisation, de représentation.¹³

¹² LEBIGOT, F., DAMIANI, C. *Les mots du trauma – Vocabulaire de psychotraumatologie*, 2011, p. 76.

¹³ FREUD, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1981.

J. Lacan (1974) évoque quant à lui un trou dans la langue qui fonderait le trauma. Pour J. Lacan, le traumatisme n'est pas à comprendre dans l'ordre de l'accidentel, mais trouve place comme fait de structure. Le trauma c'est le trauma de la langue. L'être humain, du fait même d'être un être de parole, porte le trauma en lui-même, c'est le trauma de la langue. La parole, en effet, ne peut pas tout dire. Il y a un trou dans le réel, que rien ne peut combler.¹⁴

En effet, au moment de l'évènement traumatique, le traumatisé a expérimenté *l'effroi* dans ce néant de l'activité psychique. Le sujet est abandonné par le langage, il n'est plus un sujet parlant, plus un « sujet ».

Le traumatisme serait une expérience de non-sens. Son caractère impensable est responsable de cette effraction psychique, « l'impensable » selon R. Kaës (1979) « *est de l'ordre du vide, du déchet, du trou et de la blessure* ». Les sujets traumatisés sont dans l'incapacité de comprendre ce qui leur arrive. M. Salmona, dans ses travaux sur la sidération et la mémoire traumatique, indique que ce non-sens envahit totalement l'espace psychique et bloque toutes les représentations mentales, il n'y a plus d'accès à la parole et à la pensée, c'est le vide. Il n'y a plus qu'un état de stress extrême qui ne pourra ni être calmé, ni modulé par des représentations mentales qui sont en panne.

Le traumatisme constitue ainsi une rupture dans la continuité du soi qui perturbe les croyances et les représentations, en particulier la confiance que le sujet a dans le monde.¹⁵

Certains psychanalystes ont parlé de traumas inapparents ou « silencieux » et de traumas « cumulatifs » qui feraient trauma par accumulation de micro-agressions (L. Crocq, 2012).

À la lecture de ces définitions, qu'est-ce que le traumatisme psychique ? Dans quelles circonstances peut-on parler de traumatisme ?

Nous retenons que pour avoir un effet potentiellement traumatique, l'évènement, par sa soudaineté et son intensité, viendrait menacer l'intégrité psychique du sujet. Cela dépasserait ses possibilités de réaction, et ce par un défaut d'angoisse signal, faisant effraction dans son appareil psychique. Le sujet peut réagir par différents sentiments : impuissance, effroi, détresse et abandon.

¹⁴ LACAN, J. *Le Séminaire*, Livre XXI, « Les non-dupes errent », leçon du 19/02/1974.

¹⁵ KAËS, R., MISSEWARD, A. et al. *Crise, rupture et dépassement*. Paris : Dunod, 1979, p. 35.

I.1.3. Caractéristiques du traumatisme

L'effet traumatique dépend-il de l'intensité de l'évènement qui dépasse la capacité défensive du Moi ? Où est-ce l'état de non préparation du « Moi » au moment de sa confrontation à l'évènement traumatique ?

Nous retrouvons trois caractéristiques sous-jacentes à la notion de traumatisme.

- 1 **L'intensité** : l'intensité de l'évènement dans la survenue du traumatisme comme dans le cas des catastrophes naturelles et des guerres. L'horreur de la situation va être à l'origine d'un état de stress dépassé représentant une menace vitale (la peur de mourir). C'est le facteur « quantitatif » sur lequel l'accent a été souvent placé dans les grands travaux classiques sur le trauma psychique. F. Lebigot (2004) indique que « *le traumatisme se rapporte à la menace vitale qui surprend le sujet quand il est en état de repos* ». ¹⁶
- 2 **L'impréparation** du Moi : l'état dans lequel se trouve le Moi au moment de l'évènement, le sujet se trouve dans l'incapacité de réagir et de faire face à l'évènement. C'est lié soit à **la soudaineté** de l'évènement (le sujet a été surpris par la survenue de la situation traumatique, sans **signal d'alarme** l'avertissant qu'un danger menaçait son intégrité psychique et qu'il fallait mobiliser des défenses en conséquence) ; soit à la fragilité du Moi, due à un problème structural (comme un défaut de représentation et de mentalisation) ou au fait que l'enveloppe « pare-excitation » a subi une série d'évènements qui l'ont fragilisée de sorte qu'il suffisait d'un seul autre évènement, quelle que soit sa nature, pour qu'elle se transperce et se déchire, en laissant passer les excitations à l'intérieur de la psyché.
- 3 **La troisième conception** suppose que le traumatisme se rapporte aux deux variables précédentes, à savoir l'intensité de l'évènement et l'état de non préparation du Moi.

Quant à J. Roisin (1995), il classe les évènements traumatiques sous trois catégories :

¹⁶ LEBIGOT, F. *Traiter les traumatismes psychiques : clinique et prise en charge*. Paris : Dunod, 2011, p. 11.

1- Des évènements pourvus de capacités traumatiques importantes, comme par exemple dans les cas de torture ou d'agression violente. En effet, ces évènements touchent à l'intégrité psychosomatique du sujet dans le sens où il peut susciter sa propre mort.

2- Des évènements à potentiel traumatique incertains : les éléments qui le constituent ne mettent pas en jeu le pronostic vital du sujet mais lui rappellent la mort et le poussent à se la représenter. C'est le cas des sujets qui assistent sans être concernés aux scènes de violence.

3- Des évènements dépourvus de capacités traumatiques mais qui peuvent devenir traumatiques pour certains sujets dont le Moi se trouve fragilisé ou non averti. Il s'agit d'évènements de la vie quotidienne, comme par exemple entendre le bruit d'un avion.¹⁷

Le traumatisme est donc la conséquence de toute situation qui n'a pu être véritablement intégrée.

I.2. Les différentes approches du traumatisme

I.2.1. Approches psychologique et psychanalytique du traumatisme

P. Janet (1889), S. Freud (1893), S. Ferenczi (1930) et O. Fenichel (1945) ont par leurs réflexions approfondi et enrichi les connaissances sur les processus psychiques en jeu dans les réactions traumatiques.

En 1889, **P. Janet** est le premier à cerner ce qu'est le traumatisme psychique : « *des excitations liées à un événement violent viennent frapper le psychisme, y pénètrent par*

¹⁷ ROISIN, J. *Considération théorique sur le traumatisme*, le Bulletin Freudien, N° 25, 1995.

effraction, et y demeurent ensuite comme un corps étranger ». P. Janet (1889) avance les hypothèses du souvenir traumatique parasite et de la dissociation du conscient. Il invoque la présence d'idées fixes, vagues souvenirs du traumatisme, évoluant isolément dans l'inconscient à la manière d'un parasite. En effet, en 1919, P. Janet propose dans son ouvrage *Les médications psychologiques* une théorie explicative séduisante de la névrose traumatique : « *ce qui caractérise essentiellement le névrosé traumatique, c'est l'impossibilité de se détacher du souvenir de son trauma. Il s'agit d'un souvenir brut, sensoriel, subconscient, et non pas d'une représentation mentale construite* ». P. Janet donne à cette souvenance le nom « d'idée fixe ». ¹⁸

Plus tard, le traumatisme est d'abord décrit par **S. Freud** (1919) comme un événement réel de l'histoire notamment sexuelle du sujet. En raison de sa violence ou de l'accroissement d'énergie psychique qu'il provoque, celui-ci ne parvient pas à l'intégrer dans sa personnalité consciente. Le point de départ est que le sujet a subi dans sa petite enfance une ou plusieurs tentatives de séduction de la part d'un adulte ; mais le traumatisme n'apparaît effectivement que lorsqu'une deuxième scène vient évoquer ultérieurement le premier souvenir et provoque un afflux d'excitations psychiques et sexuelles perturbant sérieusement l'économie libidinale du sujet (D. Moulinier, 2011). Ce modèle émerge en 1895, en parlant du cas d'Emma : « *pour qu'il y ait un traumatisme, il faut paradoxalement qu'il y en ait deux et que le premier fasse irruption chez un être immature se trouvant dans un état de passivité et de non préparation. Ce traumatisme ne prend sens et effet que dans l'après-coup de la puberté, à l'occasion d'un second événement qui vient raviver les traces mnésiques du premier dont le refoulement avait effacé le souvenir* »¹⁹.

On voit que le traumatisme est double, se situant à la fois comme cause profonde et comme cause déclenchante.²⁰

Dans la théorie classique, le traumatisme trouve donc ses origines dans une réalité extérieure, il se conçoit dans l'après-coup, c'est-à-dire qu'il sous-entend l'existence d'un premier événement déclenchant le processus d'excitation et d'un second événement rappelant

¹⁸ CROCQ, L. *16 leçons sur le trauma*. Paris : Odile Jacob, 2012, p. 23.

¹⁹ BRETTE, F. *Les théories du traumatisme chez Freud : relecture et après-coup*. Bulletin de la société française de Paris, N° 12, 1987, p. 10.

²⁰ MOULINIER, D. *Jouissance et perversion ; le traumatisme du sujet*, 2011.

par un trait associatif le premier et s'inscrivant alors comme traumatique. Un traumatisme en cache un autre : « le premier événement aurait un caractère anodin, mais resterait inscrit dans notre mémoire. Le second événement viendrait réveiller cette mémorisation. Il n'est pas question de choc dans ce cas. Il peut s'agir d'une insatisfaction qui, répétée, va devenir encore plus insatisfaisante ». ²¹

Plus tard, S. Freud abandonnera la théorie de la neurotica de la réalité externe des traumatismes infantiles d'origine sexuelle car les patients souffrant de névrose n'avaient pas tous été abusés ou séduits sexuellement. Il accordera ainsi un pouvoir traumatogène au psychisme ou plus précisément aux dérivés de l'inconscient. Dans son développement théorique ultérieur, S. Freud renoncera à la primauté de la réalité externe des traumatismes infantiles d'origine sexuel et développera pour la première fois sa théorie du fantasme, dans ce sens, le traumatisme devient la conséquence d'un fantasme intrapsychique ; les aspects traumatiques pouvant s'étayer sur des fantasmes à connotation sexuelle autour de la problématique œdipienne, notamment de l'angoisse de castration (M. Anaut, 2003). Dans ce sens-là, la théorie de S. Freud a évolué vers l'idée que les excitations pulsionnelles internes mais aussi externes pouvaient être source de traumatismes psychiques.

Ultérieurement, à partir des années 1920, S. Freud, dans un contexte de guerre, s'intéressera aux névroses de guerre. Il observera un phénomène de répétition chez les sujets soumis à un afflux d'excitations auquel leur appareil psychique n'a pas pu faire face. Il en conclura à la reconnaissance d'une compulsion de répétition. Chez certains sujets, l'appareil psychique n'arrive pas à intégrer les excitations trop intenses. En effet, selon S. Freud, « *le traumatisme vient abolir le fonctionnement du principe de plaisir, en tant qu'il n'est pas simple perturbation de l'économie libidinale mais vient plus radicalement menacer l'intégrité du psychisme* ». ²²

En 1920, S. Freud précise que pour qu'il y ait traumatisme, il doit y avoir une excitation de l'extérieur qui dépasse les capacités défensives du Moi, ajoutée à un état de non préparation du Moi à recevoir cette excitation.

²¹ BERNARD, H. *Les expériences constitutives d'une personnalité*.

²² LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France, 1967.

Dans *Au-delà du principe du plaisir*, S. Freud (1921) use d'une métaphore pour définir « *le psychisme comme une vésicule vivante, boule protoplasmique en constant remaniement protégée par une couche superficielle « pare-excitation », qui sert à la fois de contenant et de protection à l'appareil psychique, et dont le rôle est de repousser les excitations nuisibles ou de les filtrer en les atténuant pour les rendre acceptables et assimilables. Les différences constitutionnelles font que certains individus sont dotés d'un pare-excitation fort, et d'autres non. En outre, dès que l'individu voit venir le danger extérieur, il renforce son pare-excitation en mobilisant de l'énergie venant de l'intérieur du psychisme, ce en fonction de l'énergie disponible, ce qui n'est pas toujours le cas. Pour S. Freud, tout est relatif car cela dépend du rapport de forces entre les excitations venant du dehors et l'état (constitutionnel et conjoncturel) de la barrière de défenses qui les reçoit* »²³.

Toujours selon S. Freud, lors des expériences conduisant à la névrose traumatique, le pare-excitation externe est brisé et des quantités d'excitation intenses accèdent à l'appareil psychique.

S. Freud (1926), dans son ouvrage *Inhibition, symptôme et angoisse*, affirme qu'« *il est très peu vraisemblable qu'une névrose puisse être causée par le seul fait objectif d'être soumis au danger, sans que soient impliquées les couches inconscientes plus profondes de l'appareil psychique* ». S. Freud développera ensuite la notion de traumatisme. En déclenchant un signal d'alerte, le moi chercherait à éviter d'être débordé par un afflux d'excitations internes. Le Moi peut aussi être attaqué du dedans comme du dehors.²⁴

Le traumatisme est l'effet d'une impossible anticipation et d'une absence d'« angoisse signal ». Le psychisme est débordé par une « absence de préparation par l'angoisse » (angoisse signal), c'est-à-dire de l'absence d'une dose suffisante d'angoisse qui permettrait au moi de se préparer à affronter l'événement, et donc de ne pas être totalement désorganisé (S. Freud, 1925).²⁵

S. Ferenczi, disciple de S. Freud, souligne la valeur traumatique des événements violents de la réalité. S. Ferenczi reste attaché à la théorie de la sexualité « neurotica » abandonnée par S. Freud dans sa conception du traumatisme.

²³ CROCQ, L. *Traumatisme psychique : prise en charge psychologique des victimes*. Masson, 2007, p. 8.

²⁴ FREUD, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris : Presses universitaires de France, 2011.

²⁵ CICCONE, A., FERRANT, A. *Honte, Culpabilité et traumatisme*. Paris : Dunod, 2008.

S. Ferenczi (1932) conçoit le traumatisme comme un choc équivalent à l'anéantissement du sentiment de Soi, de la capacité de résister, d'agir et de penser en vue de défendre le Soi propre. Le Soi représente l'ensemble de la personnalité d'un individu, c'est-à-dire son inconscient et son conscient. Le choc est une réaction immédiate et, malgré son caractère précipité dans le temps, il projette l'individu dans un état très archaïque.²⁶

J. Dupont (2000) explique dans son article *La notion de trauma selon S. Ferenczi et ses effets sur la recherche psychanalytique ultérieure* que S. Ferenczi soutenait que le trauma réel était beaucoup plus fréquent que S. Freud ne le pensait et même toujours présent si l'on parvenait à aller suffisamment au fond des choses. Il décrit la première réaction au choc comme une « psychose passagère », une rupture avec la réalité. S. Ferenczi insiste sur la soudaineté, le caractère inattendu de l'événement traumatique. Le sujet répond par un clivage psychotique ainsi qu'une destruction du sentiment de soi, des défenses, voire de la forme propre. On observe une paralysie de toute activité psychique, de la motilité, des perceptions, de la pensée ; un état de passivité, de non-résistance s'installe. Le sujet peut alors se faire malléable, pour mieux encaisser le choc, ou bien réagir par la fragmentation, voire l'atomisation de sa personnalité, comme dans le cas de traumatismes répétés. L'enfant traumatisé, physiquement et psychiquement plus faible, se trouvant sans défense, n'a d'autre recours que de s'identifier à l'agresseur, se soumettre à tous ses désirs, voire les prévenir, même y trouver finalement une certaine satisfaction.

S. Ferenczi évoque aussi les blessures narcissiques par atteinte précoce du moi, influencé par la pensée de S. Freud, par l'idée d'une très grande précocité du traumatisme sur l'enfant, en particulier du fait des « *inadéquations* » des réponses maternelles. La vulnérabilité s'imprimera durablement sur le narcissisme et ses ressources.²⁷

En inspirant le modèle énergétique freudien, O. Fenichel (1945), dans son livre « *la théorie psychanalytique des névroses* », distingue trois cas :

1-Le pare-excitation du sujet est capable de faire face à l'afflux d'excitation de l'événement.

²⁶ FERENCZI, S. *Le traumatisme*. Paris : Payot, 1982, p. 33.

²⁷ PITICI, C. *De l'enfouissement psychique à la scène démantelée : actualisation de l'indéterminé chez l'errant*. Université Lumière Lyon 2, 2006.

2-Le sujet est sain mais conjoncturellement épuisé et son pare-excitation ne pouvant repousser ni filtrer les agressions fait une névrose traumatique pure.

3-Il s'agit d'un sujet déjà névrosé et dont toute l'énergie est toujours accaparée par la tâche de maintenir ses refoulements névrotiques, il développe ainsi une névrose traumatique « colorée » ou « compliquée » des symptômes de la névrose antérieure.

I.2.2. Traumatisme primaire et traumatisme secondaire

R. Roussillon présente le modèle du traumatisme primaire qui est un développement du modèle du « traumatisme » de S. Freud élaboré en 1920. Dans son livre *Agonie, Clivage et Symbolisation* (1999), il élabore la notion de « traumatisme primaire » qui affecte l'organisation des processus de symbolisation. En effet, le modèle de la névrose ne peut rendre compte de l'intégralité des souffrances narcissiques-identitaires. Certains pans de la vie psychique ne sont pas refoulables parce que non représentés ou non intégrés dans la subjectivité. Un autre terme, « le clivage », est employé pour décrire leur situation topique par rapport au moi.

R. Roussillon propose un modèle théorique des « pathologies du narcissisme » et des « souffrances identitaires-narcissique » à la base desquelles se trouve un traumatisme primaire clivé. Suivant le modèle de l'expérience subjective en trois temps de D. Winnicott (1971), R. Roussillon propose un modèle en trois temps adaptable aussi bien aux traumatismes précoces, voire archaïques, qu'à tout autre type de traumatisme.

R. Roussillon (1999) précise que « *ces états traumatiques primaires rencontrent donc une impasse subjective, ils provoquent un état de désespoir existentiel, une honte d'être, qui menace l'existence même de la subjectivité et de l'organisation psychique. Le sujet se sent « coupable » (culpabilité primaire pré-ambivalente) et responsable de n'avoir pas pu faire face à ce à quoi il était confronté, il risque de « mourir de honte » au constat de la blessure identitaire narcissique primaire que lui inflige la situation traumatique* »²⁸.

²⁸ ROUSSILLON, R. *Agonie, Clivage et Symbolisation*. Paris : PUF, 1999, p. 20.

Le traumatisme secondaire peut se définir comme une expérience qui entrave la symbolisation à une étape de son processus. L'autre étant indispensable à la « dé-concrétisation » du symbole. Lorsqu'il n'y a pas reconnaissance du symbole dans l'acte de l'enfant par l'adulte, il y a une blessure et une destruction des capacités de l'enfant. Il y a traumatisme secondaire chaque fois que la réponse de l'environnement ne reconnaît pas la tentative de symbolisation de l'enfant. La symbolisation primaire est la mise en symbole à partir du concret tandis que la symbolisation secondaire est la « dé-concrétisation » du symbole. Le traumatisme secondaire rend l'enfant confus sur le symbole et la réalité. Le Moi a été blessé dans son travail de symbolisation.

Il faut définir le traumatisme comme quelque chose qui entrave la symbolisation à un moment de son processus. Pour que la symbolisation continue, il faut dégager le symbole de l'acte et de la perception avec l'aide de l'environnement.

I.2.3. Approche phénoménologique du traumatisme

Cette approche a été développée par C. Barrois et L. Crocq. En 1998, dans son ouvrage *Les névroses traumatiques*, C. Barrois met l'accent sur la perte de sens éprouvé par la personne traumatisée : « le traumatisme psychique est un effondrement de l'illusion de sens et de significations autrefois échangées, stabilisées, dont l'immense treillis se prêtait généralement à tous ».

Le traumatisé est confronté à la mort, c'est l'expérience de non-sens et il n'y a pas de représentation de la mort.

En 1999, L. Crocq propose un modèle sur le trauma qui repose sur trois points :

-**L'aliénation traumatique** : le sujet traumatisé a l'impression d'avoir complètement changé. L. Crocq propose le terme d'« *imposture névrotique* ».

La personne traumatisée développe une nouvelle manière de percevoir, de penser, de ressentir, d'aimer, de vouloir et d'agir.

-Le bouleversement de la temporalité : chez les personnes traumatisées, le temps s'est arrêté au moment de l'horreur de la confrontation à l'évènement traumatique, le passé est vécu en tant que présent et s'est arrêté à l'expérience du trauma.

-Le non-sens : la personne traumatisée a vécu ou a été témoin de l'horreur, elle est confrontée à sa propre mort ou à la mort d'une autre personne sans y avoir été préparée : *« c'est-à-dire le retour au néant mystérieux et redouté, ce néant dont il a toujours eu la certitude sans jamais pouvoir acquérir la connaissance et sur la négation passionnée de quoi il a sans cesse fondé sa foi dans la vie : le néant, envers de la vie et des valeurs, non-sens ».*²⁹

I.3. Stress et trauma

Selon L. Crocq (1999), H. Selye, physiologiste canadien, est le premier à avoir utilisé le terme de « stress » en 1950 pour désigner ce qu'il appelait depuis 1936 « *le syndrome générale d'adaptation* » ou réaction physiologique standard de l'organisme soumis à une agression, quelle que soit la nature de cette agression.

Selon H. Selye, peu importe l'évènement, il y a toujours une demande interne dans l'organisme pour résister et s'adapter aux événements extérieurs, afin de maintenir la vie. Mais l'organisme humain possède des limites dans ses capacités d'adaptation et de résistance face aux événements de la vie. En effet, quand l'état de stress s'étire dans le temps, la détresse s'installe.

²⁹ CROCQ, L. *16 leçons sur le trauma*. Paris : Odile Jacob, 2007, p. 30.

En 1950, H. Selye définissait le stress comme « *une réaction biologique, psychologique et physiologique d'alarme et de défense que présente un individu soumis à une agression ou une menace* »³⁰.

Le concept de stress ne permet en rien d'expliquer et de comprendre la symptomatologie à long terme. En effet, le stress fait partie du quotidien, la réaction de stress étant une réaction réflexe que l'on peut tolérer à un niveau assez élevé, sans avoir à subir de séquelles trop importantes. Le stress n'induit pas d'effraction psychique, il ne peut donc avoir que des effets à court terme, alors que le traumatisme implique non seulement des séquelles importantes, mais peut aussi impliquer des séquelles à plus long terme.

Partant de là, L. Crocq (2012) fait la distinction entre d'une part le « stress adaptatif » qui focalise l'attention, mobilise l'énergie, maîtrise l'émotion et incite à l'action efficace, et d'autre part le « stress dépassé » marqué par l'incompréhension de la situation et la perte du contrôle émotionnel et sidération qui serait traumatique.

I.3.1. La réaction immédiate

Un évènement traumatisant est tout d'abord, pour celui qui le vit, de l'ordre de la surprise et de l'inattendu. Avant tout, le concept de traumatisme doit être examiné non pas en fonction de la grandeur absolue de l'angoisse provoquée mais de la disponibilité des défenses susceptibles d'être mobilisées ou non lors de la confrontation avec une situation troublante traumatisante.³¹

La cause du symptôme est-elle à chercher du côté de l'absence de réaction au traumatisme ? se demande S. Ferenczi (1932) dans son article *Réflexions sur le traumatisme* : « *N'y a-t-il pas, dans le cas de la commotion psychique, une absence de réaction (défense) ou bien la tentative de défense momentanée et transitoire, se révèle-telle si faible qu'elle est aussitôt abandonnée ? Notre propre sentiment de soi est enclin à donner la préférence à la dernière possibilité : abandonner sans résistance* »³².

³⁰ LEBIGOT, F., DAMIANI, C. *Les mots du trauma – Vocabulaire de psychotraumatologie*, 2011, p. 224.

³¹ DEVEREUX, G. *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard, 1970.

³² FERENCZI, S. *Le traumatisme*. Payot, 2006, p. 34.

La réaction immédiate est la réaction qui suit immédiatement l'agression. Lorsque le sujet est exposé à une menace vitale soudaine mettant sa vie en danger, il présente immédiatement de façon quasi réflexe une réaction d'alarme pour faire face à cette agression « réaction immédiate ». Cette réaction immédiate dure au maximum vingt-quatre heures.

I.3.2. La réaction immédiate adaptative

Cette réaction immédiate dure au maximum vingt-quatre heures. Elle est souvent normale, adaptative et salvatrice. Elle permet au sujet menacé de se défendre, de se sauver et de sauver les autres. L. Crocq (1999) indique que « *la réaction adaptative a trois caractéristiques majeures : elle est focalisatrice d'attention, mobilisatrice d'énergie et incitatrice à l'action* ».

L. Crocq explique que la réaction immédiate adaptative est une réaction d'alarme et de mobilisation. C'est une réaction spontanée afin de se défendre. En effet, le sujet ressent une tension interne désagréable, il réalise une situation de danger, et en urgence il doit anticiper et réagir (état de vigilance). Le sujet focalise son attention sur la situation où il évalue un danger et un raisonnement qui l'incite à anticiper et à prendre une décision. La réaction immédiate adaptative double l'alarme et la mobilisation biophysique du stress d'une alerte et d'une mobilisation psychologique.

Le tout aboutit à l'élaboration d'une décision et réagit rapidement par des gestes efficaces (non précipités) soit dans le but de réduire ou de faire disparaître la menace, soit dans le but de mettre le sujet à l'abri.

Toutefois, la réaction immédiate **adaptative** est coûteuse en énergie car elle épuise les réserves de glucides et d'énergie psychique de l'organisme. De plus, elle épuise les capacités d'attention soutenue, de mémorisation, de maîtrise émotionnelle et de contrôle moteur. Elle débouche sur un état psychique ambigu qui mêle un vécu de soulagement euphorique « quitte pour la peur » et une sensation d'épuisement physique et psychique avec l'impression pour le sujet en situation d'être vidé (L. Crocq, 1999).

I.3.3. La Réaction immédiate inadaptée « stress dépassé »

La réaction immédiate inadaptée est le fait de sujets fragiles, ou non préparés. Elle peut être observée dans des agressions exceptionnellement violentes, ou dans des situations d'agression prolongée ou répétée à de courts intervalles de temps.³³

Selon L. Crocq (2003), la réaction immédiate inadaptée peut se présenter sous quatre formes :

1-La sidération : Au moment des faits, les personnes traumatisées ont manqué d'outils de pensée qui auraient pu les aider à maîtriser, du moins mentalement, la situation.

« La sidération psychique est la conséquence de l'effraction que le trauma opère dans la vie psychique du sujet. Elle le place dans un état d'impuissance globale »³⁴.

Cette sensation « d'arrêt sur image », de sidération, de blocage, d'effroi même, se produit à l'insu de la victime. C'est un peu comme si, pour celui qui vit la situation, la vie s'arrête, comme s'il était paralysé dans une suspension de la pensée ou « trou noir ». Sa faculté de prendre une décision est comme « suspendue ».

2-L'agitation : Elle peut durer de quelques minutes à plusieurs heures. Elle témoigne de l'incapacité de contrôle avec décharge émotionnelle en rapport à une situation traumatisante. En effet, lorsqu'une personne est exposée à une menace mettant en jeu sa vie, elle est dans la surprise, dans l'horreur. Son visage reflète les signes d'affolement, *« le sujet agressé et stressé a envie d'agir, mais son stress est trop intense pour lui permettre de bien comprendre la situation et d'élaborer une décision. Alors il libère sa tension anxieuse dans une décharge motrice sauvage et désordonnée : il gesticule, crie, s'agite en tous sens »* (L. Crocq, 2003).

3-La fuite panique : C'est une réaction qui peut durer d'une à deux minutes tout comme elle peut se prolonger jusqu'à l'épuisement physique. C'est une réaction généralement irraisonnée et contagieuse pouvant avoir un caractère collectif. Quand le sujet est exposé à une terreur

³³ CROCQ, L. *16 leçons sur le Trauma*. Odile Jacob, 2012, p. 37.

³⁴ COTTENCIN, O. *Les mots du trauma - Vocabulaire de psychotraumatologie*. Édition Philippe Duval, 2011, p. 217.

extrême et soudaine, il se met à courir de façon affolée et ne s'arrête pas. L. Crocq la caractérise comme « *une fuite impulsive, éperdue, en se heurtant aux obstacles, en bousculant autrui et sans même savoir où l'on va* ».

4-L'activité d'automate : Toute est dans l'ordre, il n'y a pas de panique. Le sujet semble avoir un comportement normal mais comme s'il exécutait un ordre, il répète des gestes inutiles, insignifiants. Son regard est absent comme s'il ne réalisait pas la situation tragique. L. Crocq (2003) indique qu'une fois l'action terminée, si on demandait au sujet de dire ce qu'il venait de faire, il en serait incapable, ou encore, il n'en aurait conservé qu'un souvenir flou et émaillé de lacunes. Cet état peut durer quelques minutes voire plusieurs heures.

La réaction immédiate dure au maximum vingt-quatre heures, puis débouche sur une réaction post-immédiate qui, elle, peut aller de deux à trente jours. Deux cas de figures sont alors possibles : soit tout rentre dans l'ordre et la victime retourne progressivement à la vie normale, soit, au contraire, elle entre dans une phase d'incubation (appelée aussi phase de latence) d'une période chronique, autrement dit d'une névrose traumatique.

Dans un tel cas, deux faits peuvent se produire :

1-Le retour à la normale qui peut s'effectuer en quelques heures, une journée ou plusieurs jours, voire une semaine, rarement plus. Le sujet est capable de reprendre sa vie normale et d'exercer des activités. La réaction de stress adaptative évolue vers le retour à la normale. Les symptômes neurovégétatifs du stress et de déréalisation de la période immédiate s'éteignent progressivement, il n'est plus embrouillé par les souvenirs de l'évènement, il ne présente aucun trouble de sommeil.

L. Crocq (1997-1999) indique que le retour progressif à la normale peut être émaillé de décharges émotionnelles différées, qui ont pour but de libérer la tension émotionnelle contenue pendant l'action.

2-La phase de latence d'une névrose traumatique

Les troubles traumatiques peuvent ne pas se déclencher immédiatement mais de façon différée après un temps de latence d'une durée variable qui peut aller d'une journée à deux mois (P. Bouthillon et al., 1992 ; G. Vaiva, 2001). Certains auteurs comme L. Crocq mentionnent des latences plus longues, de six mois et plus. Après ce temps de latence, il y a

l'apparition de la symptomatologie de l'événement traumatique, (*le syndrome de répétition, le repli de la personnalité face à un monde perçu étranger et dangereux et les symptômes dits « non spécifiques » tels qu'asthénie, anxiété*)³⁵. Le syndrome apparaît. On peut alors parler de névrose traumatique.

Le temps de latence a été couramment relevé dans les premières observations et a été nommé « temps d'incubation ». Ce temps n'est pas « silencieux ». On observe fréquemment des signes d'euphorie, d'hypomanie ou des troubles de la conduite.

Cependant, il existe trois cas de figure où le temps de latence est encore quasi systématiquement présent :

Les prises d'otages : après leur libération, les victimes présentent un état d'euphorie.

Les blessés graves : ils sont préservés par la douleur physique mais surtout par le soutien médical et infirmier, et sont très mobilisés par leur survie et leur récupération physique. Toutefois, il arrive qu'ils décompensent après la consolidation physique.

Les professionnels (militaires, urgentistes, policiers, gendarmes, etc.) : ils sont protégés par leur groupe et les liens de solidarité entre les membres qui le composent. Ils ne peuvent se permettre de se « laisser aller » durant leur carrière professionnelle, mais les troubles se déclenchent à la retraite, généralement sous forme dépressive ou sous forme d'addiction.

L. Crocq explique que cette euphorie cache la fixation du sujet à son trauma. En effet, le sujet se sent euphorique pour s'en être sorti après l'action mais recherchant de la compagnie de façon exubérante afin de raconter son histoire. La nuit, il ne dort presque pas, il devient hypomaniaque. Cette euphorie de mauvais aloi conduit à l'installation d'une névrose traumatique.

Alors, on peut dire que le traumatisme est la conséquence directe d'une non décharge affective qui n'a pu trouver une réponse adaptée. L'apparition de la symptomatologie de l'événement traumatique se fait après un temps de latence : on peut dès lors dire qu'il s'agit d'une situation de névrose traumatique.

³⁵ CROCQ, L. *16 Leçons sur le trauma*. Odile Jacob, 2012, p. 52.

I.3.4. La névrose traumatique

En 1988, le neurologue allemand O. Hermann est le premier à utiliser le terme de « *névrose traumatique* ». C'est ainsi qu'il nommait les troubles psychiques des premières victimes d'accidents de chemins de fer. Le terme de névrose traumatique a ensuite été étendu à toutes les séquelles d'agression.

Depuis la fin du XIX^e siècle, le terme de névrose traumatique désigne un groupe de troubles psychiques généralement caractérisés par un syndrome de répétition avec cauchemars et terreurs nocturnes qui surgit après un temps de latence plus ou moins long au décours d'un choc affectif très intense.³⁶

Aujourd'hui, le terme de névrose traumatique est couramment remplacé par celui d'« état de stress post-traumatique » (ESPT) qui fait de nouveau référence à un modèle conceptuel neurologique et biologique.

Les auteurs (C. Barrois, 1988 ; F. Lebigot, 2001 ; L. Crocq, 1999) se sont opposés au terme « *état de stress post- traumatique* », lui préférant celui de « syndrome psychotraumatique » qui se dégage à la fois du terme psychanalytique de « névrose traumatique » et du terme de « stress » d'origine biologique qui donne une importance trop grande à la réaction physiologique et comportementale et à l'aspect exclusivement symptomatique du traumatisme psychique.

Aujourd'hui, deux approches sont envisagées autour de la psychopathologie traumatique : l'une américaine avec le PTSD (*Post-traumatic Stress Disorder*) et l'autre européenne qui reprend à son compte le concept de névrose traumatique et lui assigne une symptomatologie psychodynamique.

³⁶ DORON, R., PAROT, F. *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Presses universitaires de France, 1991, p. 731.

I.4. La clinique du Traumatisme

On présente la clinique du traumatisme selon l'approche purement symptomatique du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) : le **DSM**, et selon les « *syndromes psychotraumatiques* » qui désignent l'ensemble des états séquellaires consécutifs à un traumatisme psychique (C. Barrois, 1988 ; L. Crocq, 1998).

I.4.1. Description de l'état de stress post-traumatique dans le DSM-IV

D'après le Manuel Traumaq (Questionnaire d'évaluation du traumatisme) de C. Damiani et M. Pereira-Fradin publié en 2006, l'état de stress post-traumatique se caractérise par un certain nombre de critères, dérivés du DSM-IV (1994). Les symptômes post-traumatiques à court et à long termes peuvent s'organiser de façon différente en fonction des événements vécus, du contexte, des aménagements défensifs et de l'organisation préalable de la personnalité.

A) Selon le DSM-IV, l'événement déclencheur est l'exposition à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants sont présents :

1-Le sujet a vécu, a été témoin, ou bien a été confronté à un ou plusieurs événements durant lesquels des personnes sont mortes, ont été menacées de mort ou gravement blessées, ou durant lesquels sa propre intégrité physique ou celle des autres a été menacée.

2-La réponse du sujet s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur (ce qui correspond à l'effroi).

Quiconque est exposé à un événement d'une telle intensité peut développer des symptômes caractéristiques qui comprennent :

-Le fait de revivre l'événement en pensée de manière persistante.

-L'évitement des situations qui rappellent l'événement avec un émoussement des réactions générales (engourdissement, anesthésie émotionnelle).

-Une hyperactivité.

Ces symptômes sont décrits plus en détail dans ce qui suit.

Précisons que nous parlons de stress post-traumatique lorsque la perturbation persiste plus d'un mois. Dans le premier mois, nous employons plutôt le terme « état de stress aigu » (ESA) et si le début des symptômes dure six mois après le facteur de stress, nous employons le terme « troubles différés » (après le temps de latence).

-Les symptômes immédiats :

Ils sont le signe de l'effroi et de la sidération que provoque la rencontre avec le réel de la mort.

La dissociation (critère B de l'ESA - DSM-IV) à plusieurs degrés, des plus légers aux plus profonds :

-Des signes d'hébétude, de détachement, d'absence de sensibilité émotionnelle.

-Une réduction de la conscience de soi ou de son environnement comme par exemple la sensation « d'être dans le brouillard ».

-Une impression de déréalisation.

-La dépersonnalisation.

-L'amnésie dissociative c'est-à-dire l'incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme.

-Une anxiété massive.

Les manifestations sont les suivantes :

-Stress adapté : état de tension, anxieuse modérée, qui favorise l'adaptation à la situation,

-Ou du stress dépassé : l'inhibition psychomotrice, les manifestations neurovégétatives, les troubles cognitifs (attention, concentration, mémoire), la réaction d'agitation désordonnée, la fuite panique, l'action automatique ou le « combat »

-Rarement des troubles psychotiques (psychoses délirantes aiguës, états confusionnels notamment)

À ces symptômes s'ajoutent :

-L'angoisse de néantisation.

-La menace interne qui fait que le sujet n'est en sécurité nulle part.

-La honte et la culpabilité qui peuvent n'apparaître que dans un second temps.

Les symptômes chroniques sont :

B) L'événement traumatique est constamment revécu (syndrome de répétition), de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

-Des souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, pensées ou perceptions.

-Des rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.

-Des agissements ou impressions « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'expérience, des illusions, des hallucinations et des épisodes dissociatifs, flash-back, y compris ceux qui se produisent au réveil ou au cours d'une intoxication).

-Une détresse psychologique intense déclenchée par des stimuli extérieurs ou idéiques qui évoquent ou ressemblent à un aspect de l'événement traumatique.

-Une réactivité physiologique déclenchée par des stimuli extérieurs ou idéiques qui symbolisent ou ressemblent à un aspect de l'événement traumatique comme par exemple les dates d'anniversaires, la neige, certains endroits, certaines scènes à la télévision, etc.

L. Crocq (1999) complète ce tableau par :

-L'hallucination de répétition (perception sans objet qui surgit brusquement à la conscience du sujet).

-L'illusion de reviviscence (interprétation erronée d'une forme perçue).

-Les souvenirs forcés (souvenirs intrusifs).

-Les ruminations mentales (interrogations prolongées).

-Le vécu « comme si » (impression que l'événement va se reproduire).

-Les phénomènes moteurs (sursauts ou comportements qui accompagnent la réaction observée chez le sujet lors de l'événement).

-Les conduites de répétition et jeux répétitifs (actions plus organisées).

Ce syndrome de répétition ou d'intrusion s'exprime dans un contexte de détresse psychique, de réactions neurovégétatives et éventuellement de raidissement du corps.

C) Les évitements phobiques, c'est-à-dire l'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et l'éroussement de la réactivité générale (non présents avant le traumatisme), avec l'existence d'au moins trois des manifestations suivantes :

- 1-Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.*
- 2-Efforts pour éviter les activités, les endroits où les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.*
- 3-Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme.*
- 4-Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.*
- 5-Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.*
- 6-Restiction des affects (par exemple incapacité à éprouver des sentiments tendres).*
- 7-Sentiment d'avenir « bouché » (par exemple penser ne pas pouvoir faire carrière, au niveau professionnel et personnel, perspectives d'avenir ressenties comme limitées).*

D) Les symptômes neurovégétatifs, c'est-à-dire les symptômes persistants d'hyperactivité neurovégétative (non présents avant le traumatisme) avec l'existence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu.*
- Irritabilité ou accès de colère.*
- Difficulté de concentration.*
- Hyper vigilance.*
- Réactions de sursaut exagérées.*

Ces deux dernières séries de symptômes (évitement phobiques et symptômes neurovégétatifs) sont les signes les plus évidents des troubles anxieux qui peuvent persister pendant plusieurs années (en moyenne deux ans). Ils peuvent être à l'origine de véritables troubles somatiques.

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

F) La perturbation entraîne une souffrance significative ou une détérioration du fonctionnement social, professionnel ou d'un autre domaine important.

I.4.2. Les troubles non spécifiques non répertoriés dans le DSM-IV

Ces troubles ne sont pas répertoriés dans le DSM-IV mais décrits par l'ensemble des chercheurs et des praticiens opérant dans le champ du psychotraumatisme (L. Crocq, 1999 ; M. De Clercq et F. Lebigot, 2001).

-Les troubles dépressifs ou l'asthénie ne sont pas signalés dans l'ESPT alors qu'ils sont courants. Ils se manifestent parfois par une perte de plaisir et/ou une inhibition sexuelle. De la moitié à un tiers des sujets présentent un état dépressif majeur (Ducrocq et al. 2004 ; Jolly, 2003). Celui-ci peut persister trois ans après les faits.

-Les troubles cognitifs ne sont pas répertoriés dans le DSM-IV mais font l'objet de fréquentes plaintes (C. Damiani, 1997) :

-Troubles de l'attention.

-Troubles de la concentration.

-Troubles de la mémoire.

-Les troubles de la conduite et notamment :

-Conduites addictives (alcool, tranquillisants, substances toxiques)

-Conduites impulsives ou agressives.

-Passages à l'acte suicidaire.

-Des troubles psychotiques, à coloration souvent paranoïde, peuvent apparaître.

À ce tableau symptomatique vient s'ajouter un vécu significatif d'un traumatisme (F. Lebigot, 2005 ; C. Damiani, 1997 ; L. Daligand, 2001).

-Le sentiment de perte d'une intégrité physique, d'une continuité narcissique, de perte des repères quotidiens, le sentiment d'inquiétante étrangeté.

-La honte, la culpabilité.

-La confrontation avec sa propre violence.

-L'envahissement angoissant de pulsions mortifères non intégrables.

-Un sentiment intense d'abandon, etc.

Cet ensemble de symptômes représente le tableau caractéristique du traumatisme. La personnalité du sujet s'en trouve profondément modifiée pour constituer ce que L. Crocq (1999) nomme la personnalité « traumato-névrotique ».³⁷

I.4.3. Description clinique du syndrome psycho-traumatique

Les syndromes psycho-traumatiques présentent les dimensions cliniques et psychopathologiques suivantes :

- 1- L'étiologie traumatique
- 2- Les symptômes de répétition
- 3- L'altération de la personnalité

1- L'étiologie traumatique

Le critère étiologique est le fait d'avoir vécu un événement violent, inattendu et menaçant pour la vie ou l'intégrité physique ou psychique de l'individu, c'est-à-dire un événement qui a provoqué la mort ou qui aurait pu provoquer la mort ou des blessures graves. La réaction du sujet est marquée par une peur intense et un sentiment d'impuissance. Ce type d'événement peut être un accident, une agression violente, un événement de guerre, un viol, une prise d'otage, un incendie, un tremblement de terre, etc. Le traumatisme peut également survenir chez une personne spectatrice de la scène. Les personnes réagissent différemment face aux scènes traumatisantes.

Au vécu ou à la vue, les réactions sont de différents degrés, elles peuvent aller de réactions normales à des réactions pathologiques. Les différences sont dues aux personnalités, à la sensibilité des personnes et au degré d'intensité de la scène traumatisante.

Selon L. Crocq (1999), ce qui fait trauma, c'est l'effraction du système de défense qui consiste à attribuer du sens à l'insensé de l'événement, le trauma comme effraction dans le signifiant.³⁸

³⁷ DAMIANI, C., PEREIRA-FRADIN, M. *Manuel Traumaq, Questionnaire d'évaluation du traumatisme*. Paris : éditions du Centre de Psychologie appliquée, 2006.

³⁸ CROCQ, L. *16 leçons sur le trauma*. Odile Jacob, 2012, p. 61.

Les symptômes de répétition apparaissent après une phase latente chez une personne traumatisée. **Le temps de latence** est une forme de temps d'incubation du trauma psychique, le temps que met la psyché à prendre réellement conscience du trouble subi. Cette période varie en fonction des individus. Pendant cette période, le sujet semble normal, cet état précède ainsi l'apparition des symptômes pathologiques. Certains indices permettent de détecter le début de cette période (le repli sur soi, le sentiment d'incompréhension, ou même une euphorie paradoxale).³⁹

2- Les syndromes de répétition

Le syndrome de répétition se traduit par des reviviscences de l'évènement traumatique.

Selon F. Lebigot (2005), le syndrome de répétition « *est le retour dans la conscience de l'image sensorielle, sensitive ou cénesthésique, qui a fait effraction dans l'appareil psychique au moment du traumatisme* »⁴⁰.

Les symptômes de répétition sont considérés comme le symptôme central, le noyau essentiel et pathognomonique des syndromes psycho-traumatiques.⁴¹

La signification du syndrome de répétition

1- La répétition de l'histoire traumatique

Il s'agit d'une modalité de transmission, d'une modalité de réorganisation par rapport à ce que le traumatisme a désorganisé. Cette réorganisation va néanmoins échouer en répétant : la répétition est un échec de réorganisation.

Comment comprendre la répétition ? Elle est une fixation au traumatisme. Elle montre aussi une tentative de maîtriser le traumatisme, une tentative d'appropriation, de symbolisation. C'est également un échec de la symbolisation.

La répétition commémore (empêche) ce que la symbolisation pourrait oublier. Par la répétition, le sujet commémore ce qu'il cherche à oublier.

³⁹ NOLLET, D., THOMAS, J. *La névrose traumatique*. Éditions Ellipses, 2001.

⁴⁰ LEBIGOT, F., DAMIANI, C. *Les mots du trauma – Vocabulaire de psychotraumatologie*, 2011, p. 238.

⁴¹ LEBIGOT, F. (2005) *Traiter le traumatisme psychique*. Paris : Dunod, 2011.

En effet, la mémoire a pour fonction d'enregistrer, de stocker et de rappeler les expériences vécues, c'est le souvenir. La mise en mémoire constitue l'oubli. Mémoire et oubli sont indéniablement liés. Les blessures psychiques sont un obstacle dans le travail de mémoire. Par un phénomène de fixation, les images du passé sont souvent sans dialogue, figées dans un temps mort qui traduit la violence de ce passé destructeur. Lorsque l'individu est blessé psychiquement, la mémoire ne fait plus son travail ; il y a une fixation sur le traumatisme vécu et le passé est dès lors vécu comme un événement présent par la répétition du traumatisme. Autrement dit, la mémoire traumatisée est une mémoire verrouillée, qui ne lâche pas facilement le passé pour en faire un souvenir (G.-N. Fischer, 2003).

S. Freud (1953) disait à ce propos que « *les situations qu'on n'avait pu intégrer à la trame du Moi se répétaient* ». ⁴²

En effet, dans le temps du traumatisme ou de l'irruption de la représentation effrayante, l'abréaction, décharge émotionnelle par laquelle un sujet se libère de l'affect attaché au souvenir d'un événement traumatique lui permettant ainsi de ne pas devenir ou rester pathogène, est impossible. Autrement dit, il est impossible de produire des paroles ou des actes capables de produire une décharge de l'affect. Il est impossible pour le sujet de nommer ce qui dans le traumatisme a provoqué l'effroi et/ou d'abréagir à cet affect en faisant appel aux ressources de l'association symbolique et du refoulement. C'est cette dissociation entre le traumatisme initial et l'affect qui est à la source des symptômes. ⁴³

Il y a donc répétition de ce qui n'a pu être symbolisé. R. Roussillon (2012) indique à ce propos que « *quand la situation extrême a cessé au-dehors, elle « revient » de l'intérieur, elle hante le sujet, elle est compulsivement réactivée de manière hallucinatoire par la contrainte de répétition, par un automatisme de réinvestissement des traces* ». ⁴⁴

Lorsque la symbolisation n'a pas été possible, il y a répétition du traumatisme.

Les syndromes de répétition surviennent brusquement et montrent un retour persistant à un passé douloureux. Chez certains traumatisés, les syndromes de répétition surviennent en réponse à un stimulus qui rappelle l'événement.

⁴² FREUD, S. Répétition, remémoration, perlaboration. In *La technique psychanalytique*. Paris : PUF, 1953.

⁴³ PIRET, B. *Traumatisme et réalité : le social en question*, novembre 1993.

⁴⁴ ESTELLON, V. MARTY-ARMAND, F. *Clinique de l'extrême*. Paris : Armand Colin, 2012.

La répétition peut être aussi perçue comme une tentative de maîtrise de l'événement, une tentative d'élaboration non aboutie, un moyen d'intégrer psychiquement ce qui n'a pas eu lieu.

Selon S. Freud (1920), le traumatisme psychique se traduit d'un point topique comme une rupture de l'enveloppe psychique, du pare-excitation. Cela désorganise la psyché durablement et facilite l'intrusion du traumatisme dans l'appareil psychique comme un « corps étranger » qui ne peut être assimilé. L'incessant retour de ce corps étranger à travers les symptômes de répétition peut être compris comme une tentative d'assimilation par le sujet.

Ce que S. Ferenczi avait déjà énoncé en 1932 lorsqu'il écrivit que « *la tendance à la répétition dans la névrose traumatique a aussi par elle-même une fonction utile, elle va conduire le traumatisme à une résolution si possible définitive, meilleure que cela n'avait été possible au cours de l'événement originaire commotionnant* »⁴⁵.

S. Freud (1920), dans son ouvrage *Au-delà du principe de plaisir*, aborde la répétition comme maîtrise d'une situation de déplaisir. L'absence de préparation, de représentation concernant la situation traumatique, confronte le sujet à une perte de son emprise narcissique sur le monde extérieur, sur le monde des objets. La compulsion de répétition est une façon de tenter, comme dans le jeu répétitif de l'enfant à la bobine, de rétablir cette emprise par le biais de la représentation, de la mise en scène du trauma.⁴⁶

R. Roussillon (2001) souligne que « *si la répétition traduit l'échec de symbolisation, la contrainte de répétition pourra être signifiée comme le mouvement même de celle-ci qui pousse toujours à reprendre pour le poursuivre, le travail de symbolisation et d'appropriation de la part d'inconnu qui le constitue...* ».⁴⁷

Répéter pour reconstruire, si la répétition est constructive, cela permet à la personne de donner du sens, c'est-à-dire que la répétition représente un moyen de parvenir à une symbolisation : le passage de la répétition (traumatique) à la répétition – symbolisation (sens).⁴⁸

⁴⁵ FERENCZI, S. *Le Traumatisme*. Petite Bibliothèque Payot, 2006, p. 37.

⁴⁶ DUPARC, F. *Des traumatismes invisibles ou par manque de réalité*, 2006.

⁴⁷ ROUSSILLON, R. *Le plaisir et la répétition - Théorie du processus psychique*. Paris : Dunod, 2001.

⁴⁸ DERIVOIS, D. *Les adolescents victimes-délinquants*. Bruxelles : De Boeck, 2010, p. 103.

2- Les sept manifestations du syndrome de répétition

Selon L. Crocq (1999), les manifestations de reviviscence peuvent se manifester sous une ou plusieurs formes et elles sont toujours vécues dans une grande détresse psychique (peur, impuissance) et souvent accompagnées de nombreux troubles neurovégétatifs (pâleur, sueur, etc.) et de raidissement de l'attitude du corps.⁴⁹

On présente la description la plus complète développée par L. Crocq (1999) :

1- **La reviviscence hallucinatoire** : il s'agit d'images qui surgissent brusquement (en dehors du contrôle du sujet) et qui reproduisent visuellement la scène traumatique. Les images sont très précises « comme un film » reproduisant le même décor, présentant les mêmes scènes (scènes dynamiques) avec tout l'éprouvé de détresse qui avait marqué son expérience de la scène inaugurale, parfois avec la même odeur (par exemple l'odeur du sang), les mêmes sons (cris, etc.), la même chaleur, comme l'impression de ressentir une sensation calorifique, d'entendre des bruits, de sentir des odeurs ; cette forme renvoie à des images intrusives ou flashes visuels.

2- **La reviviscence par illusion** : Il s'agit de reviviscences qui constituent non pas des images mais une interprétation erronée d'une situation réellement perçue ; le sujet hallucine la scène traumatique.

3- **Les souvenirs forcé** : c'est l'idée de l'événement qui surgit à l'esprit, sans image ni son. Il s'agit de souvenirs et de pensées liées à l'événement traumatisant qui surviennent contre la volonté du sujet et envahissent l'espace psychique durant la journée.

4- **Les ruminations mentales** : ce sont des pensées concernant l'événement, les causes, les circonstances, souvent sous forme d'interrogations incessantes : « pourquoi est-ce arrivé à moi ? Pourquoi ce changement, ne suis-je plus comme avant ?

5- **Le vécu comme si l'événement allait se reproduire** : tout à coup avec une détresse, le sujet a l'impression d'être replongé au sein de l'événement.

6- **L'agir comme si l'évènement se reproduisait** : réaction de sursaut, une réaction particulière de l'individu révèle qu'il est perdu dans la reviviscence du trauma, l'individu est imprégné des images, sons et hallucinations liés au trauma, l'obsession est telle que parfois il peut perdre le contact avec le réel. Cela peut consister en un agir plus complexe : fugue ou errance, récit répétitif.

⁴⁹ CROCQ, L. *16 leçons sur le trauma*. Paris : Odile Jacob, 2012, p. 131.

7- *les cauchemars de répétitions* : il s'agit de cauchemars très intenses et répétitifs de l'événement. L'individu revit avec brutalité des parties ou la scène entière du traumatisme. Le sommeil est agité, l'individu gesticule sans cesse, transpire fortement, émet des cris. La charge émotionnelle intense explique cet état de panique.

3- L'altération de la personnalité

On entend souvent les traumatisés dire qu'ils ne sont plus comme avant, qu'ils ont changé. En effet, le traumatisme attaque la vie psychique en profondeur qui fait ressentir à la victime comme un changement des rapports avec soi et avec le monde. Il ne se sent plus être le même et ce sentiment provoque une douleur intense. La vision du monde et de la vie est souvent affectée. Le monde n'est plus aussi sûr. Il devient plein de dangers selon le traumatisme vécu. La vie quotidienne du sujet se construit autour de ces traumatismes. Fixation exclusive à la souvenance du trauma. La charge émotionnelle, le caractère majoritairement sensoriel et l'absence d'élaboration mentale du souvenir traumatique empêcheraient qu'il s'insère dans le sentiment d'unité personnelle et de continuité temporelle de la personne.

Le traumatisme a des effets de désorganisation et de réorganisation de la personnalité.

S. Ferenczi (1916) avait envisagé l'atteinte narcissique du trauma. L'approche phénoménologique met en avant les modifications d'un rapport au monde, dans un vécu d'aliénation, une expérience de Non-sens (L. Crocq 2003).

L. Crocq (1999) cite l'altération de la personnalité selon O. Fenichel (1945) qui se traduit par un blocage de la fonction du Moi se manifestant à travers trois types de blocage :

-Le blocage de la fonction de filtration de l'environnement (correspond au DSM : symptômes d'évitement). Le sujet n'est plus capable de filtrer dans l'environnement ce qui est dangereux et ce qui ne l'est pas, tout lui paraît danger, d'où son attitude d'alerte permanente, son hyper vigilance, ses sursauts et sa résistance à l'endormissement. Ainsi, la victime inspecte sans cesse l'environnement, pour y détecter les signaux de danger (les objets, les personnes susceptibles de leur rappeler le trauma).

-Le blocage de la fonction de présence : le sujet se sentant détaché du monde d'où son impression d'un monde lointain ou déréel, sa perte de motivation pour les activités jadis motivantes et son impression d'avenir bouché (correspondance DSM à l'émoussement de la réactivité générale).

-Le blocage de la fonction d'amour et de relation à autrui. (Correspondance DSM à la restriction des affects). Le sujet étant devenu dépendant, quêtant l'affection d'autrui, récriminateur insatisfait, mais incapable d'aimer les autres, de les comprendre et de se faire comprendre. L. Crocq indique que « *le traumatisé a perdu sa capacité de relation objectal avec autrui, c'est à-dire la capacité de considérer autrui comme un être libre* ». ⁵⁰

L'altération de la personnalité est la dimension la plus profonde du syndrome psychotraumatique.

À ces trois dimensions de l'étiologie traumatisante, du syndrome de répétition et de l'altération de la personnalité, on intègre les symptômes non spécifiques

I.4.4. Les symptômes non spécifiques

De nombreux troubles sont associés aux troubles psycho-traumatiques, le DSM américain les considère comme « symptômes associés », extérieurs au diagnostic du PTSD.

Il s'agit de :

- **L'asthénie** : le traumatisé se sent fatigué au moindre effort, cette fatigue est liée au trouble déclenché par le traumatisme : état de vigilance, troubles du sommeil (insomnies, cauchemars), etc.

L. Crocq (2012) explique qu'il s'agit d'une triple asthénie : physique, psychique et sexuelle. En effet, le traumatisé se sent dès le matin épuisé, la fatigue s'impose irréductible comme un symptôme majeur. Il se plaint aussi de problème d'attention et de concentration. Il est incapable de maintenir son attention sur une conversation et la mémoire du sujet traumatisé est également marquée par des amnésies de la vie quotidienne. Il se plaint aussi de baisse de libido et de perte du désir sexuel (impuissance, frigidité, etc.).

⁵⁰ CROCQ, L. *16 leçons sur le trauma*. Paris : Odile Jacob, 2012, p. 71.

- **L'anxiété** : les traumatisés deviennent des anxieux, ils ont toujours l'impression qu'un drame va survenir (danger imprécis mais imminent). Selon L. Crocq (1999), « ils vivent dans un état de tension anxieuse intercritique, ils ne sont plus capables de vivre sans souci ni crainte ».

- **Des troubles somatiques** : la souffrance parle à travers le corps. Le traumatisé se plaint de divers troubles : troubles fonctionnels digestifs, ulcères, conversions céphalées, aménorrhées, troubles psychosomatiques (asthme, ulcère gastrique, hypertension, psoriasis, diabète) et plaintes somatiques diverses.

- **Des troubles de conduite et des troubles caractériels** : troubles de conduite alimentaire (anorexie, boulimie), tabagisme, drogue, alcool, agressivité, par exemple lorsqu'ils sont victimes d'un acte criminel, ils vivent souvent de façon intense une grande révolte, de l'agressivité, un désir de vengeance et un sentiment d'injustice.

- **Des troubles dépressifs** : le traumatisé sombre dans un état dépressif (épisodes dépressifs majeurs, deuils traumatiques). La dépression peut se manifester à travers un moral bas et une perte d'intérêt pour des activités que le sujet aimait pratiquer auparavant. La vie devient sombre. Ces états dépressifs peuvent être très intenses et peuvent donner lieu à des idées suicidaires.

- **Des troubles névrotiques** : beaucoup de traumatisés développent suite aux événements traumatiques des troubles névrotiques avec un développement des phobies ou de rituels protecteurs vérificateurs obsessionnels.

- **Des délires post-traumatiques** qu'on peut observer dans des situations très spécifiques en milieu médical et en contexte d'exil.

Nous pouvons également observer chez le traumatisé une altération importante de la vie relationnelle et sociale. En effet, les victimes souffrent souvent aussi d'un sentiment d'incommunicabilité. Leur expérience, les émotions vécues et leurs réactions sont tellement hors du commun, intenses et inconnues jusqu'à présent que les mots semblent difficiles à

trouver pour décrire ce qui a été vécu et il est souvent difficile pour l'entourage de comprendre ce que la personne vit.⁵¹

Le traumatisme bouleverse la vie psychique du sujet et impacte son équilibre somato-psychique. Il provoque des changements dans ses croyances, son identité, ses relations avec lui-même et avec les autres. Ainsi, le traumatisme pourrait être défini à partir de l'effet catastrophique qui en a résulté, et qui peut être réactivé en après-coup.⁵²

I.5. Typologie du processus de psychotraumatisation

Il faut prendre en compte la nature de l'événement traumatisant. La valeur traumatique dépend aussi du type d'événement vécu. Plusieurs classifications existent :

I.5.1. Classification de Terr (1991) selon la fréquence d'exposition au traumatisme

L. Terr (1991) propose de classer les différents traumatismes en fonction de leur intensité et de la fréquence d'exposition. Selon L. Terr, il y a deux catégories de traumatismes :

-Le traumatisme de type I qui se rapporte à un événement unique, isolé et limité dans le temps, comme par exemple un accident, une catastrophe naturelle, une agression physique, un viol, un deuil traumatique.

-Le traumatisme de type II qui correspond à une situation qui se répète quand l'événement est répété ou durable. L'individu se trouve réexposé à un danger identique ou comparable (violences familiales, guerres, etc.).

⁵¹ Article : *Le stress post-traumatique (Quand le choc choque !)*. Psychomédia, 2001.

⁵² FINE, A. *Fixation au trauma ; résurgence, élaboration*. Conférence Vulpian, mai 2002.

-Le traumatisme de type III : ce dernier type de traumatisme a été ajouté à la classification originale par E.-P. Solomon et K.-M. Heide pour désigner des événements multiples, envahissants et violents présents sur une longue période de temps. Ils sont induits par un agent stressant chronique ou abusif (camps de prisonniers de guerre et de concentration, torture, exploitation sexuelle forcée, violences et abus sexuels intrafamiliaux, etc.).⁵³

I.5.2. Le traumatisme simple et le traumatisme complexe

Le traumatisme simple concerne un seul événement traumatique comme le traumatisme de type I tel que précisé par L. Terr.

Le traumatisme complexe : plusieurs événements traumatiques, ou vécus sur une période donnée, d'une situation extrêmement difficile (guerre, camps de concentration et de prisonniers de guerre, viols à répétition, agressions sexuelles durant l'enfance, etc.). Le traumatisme complexe est la répétition d'une situation de victimisation prolongée avec trauma intense et fréquent. C'est à J. Herman (1992), psychiatre et traumatologue, que l'on doit la distinction entre traumatismes complexes et traumatismes simples (cité par E. Josse, 2014). Selon J. Herman, le trauma complexe survient dans une structure sociale qui permet l'abus et l'exploitation d'un groupe subordonné. Différents milieux lui sont propices : certaines familles et groupes religieux, détention, camps de concentration ou de travail. Le trauma complexe est toujours relationnel, prolongé et répété. Dans toutes ces situations, la victime est en état de captivité, elle ne peut fuir et se trouve sous le contrôle et la domination d'un agresseur.

La symptomatologie du traumatisme complexe.

Les manifestations pathologiques du traumatisme complexe sont multipliées. En effet, G. Lopez, dans son article *Troubles psychotraumatiques complexes*, indique que le traumatisme complexe se manifeste par les symptômes suivants : des troubles dissociatifs [LHT], une incapacité à faire confiance aux autres, une agressivité, la répétition des éléments traumatiques dans des relations actuelles, des passages à l'acte hétéro-agressifs et sexuels, des

⁵³ JOSSE, E. *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. Bruxelles : De Boeck, 2014, p. 63.

comportements automutilatoires, des idéations suicidaires, des prises de risque excessives, une absence d'estime de soi, une forte culpabilité, de la honte, une tendance à idéaliser l'agresseur, des conduites de revictimation, des troubles somatoformes, des troubles de conduite alimentaire.

Les symptômes du traumatisme complexe sont si nombreux que le diagnostic d'ESPT issu d'un trauma simple ne décrit pas les dommages psychologiques en conséquence du traumatisme à longue durée et répété. À l'heure actuelle, le DESNOS apparaît comme le diagnostic le plus approprié pour décrire les symptômes issus d'un traumatisme complexe.

Le DESNOS (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified) constitue une constellation de vingt-sept symptômes à travers six catégories de symptômes distincts :

- 1- altération dans la régulation des affects et des impulsions,
- 2- altération de l'attention et de la conscience,
- 3- altération dans la perception de soi,
- 4- altération dans les relations avec les autres,
- 5- somatisation,
- 6- perturbation dans le système de valeurs et croyances (Courtois, 2008).⁵⁴

I.5.3. Le traumatisme direct et le traumatisme indirect

- Le traumatisme direct

On parle de traumatisme direct lorsque le sujet a été confronté directement au sentiment de mort imminente ou d'horreur. Il peut avoir été sujet (avoir subi), acteur (avoir provoqué volontairement ou involontairement) ou témoin (avoir vu) de l'événement traumatique.⁵⁵

- Le traumatisme indirect

Le trauma n'est pas réservé à la condition de victime, il peut être aussi le fait des témoins et des acteurs. Il est aujourd'hui admis qu'un sujet qui n'a pas subi de traumatisme direct peut présenter des troubles psycho-traumatiques consécutifs au contact qu'il entretient avec une

⁵⁴ ROBERGE, P. *Exploration du concept de traumatisme complexe*. Journal International De Victimologie, Tome 9, N° 2, 2011.

⁵⁵ TAQUINIO, C., MONTEL, S. *Les psychotraumatismes, Histoire, concepts et applications*. Paris : Dunod, 2014, p. 35.

personne ou un groupe de personnes traumatisées (E. Josse, 2014). En effet, le sujet ayant subi directement un évènement traumatisant mettant sa vie en jeu est une victime primaire d'une traumatisation directe. Ce choc traumatique va toucher l'entourage de la victime primaire (sa famille), ainsi que les différents professionnels intervenant auprès de la victime (sauveteurs, thérapeutes, etc.). Ces victimes peuvent devenir à leur tour des victimes secondaires potentielles pouvant vivre une traumatisation indirecte avec des troubles spécifiques associés de Stress Traumatique Secondaire. Si par exemple la victime meurt dans des circonstances traumatiques, la famille peut développer un double processus de deuil et de traumatisme indirect qui rendra encore plus difficile le travail de deuil classique. En ce qui concerne les intervenants au contact de la victime, ils peuvent être soumis à un éventuel processus de traumatisation vicariante sur base de l'écoute empathique du récit traumatique de la victime primaire.⁵⁶

Le traumatisme vicariant est considéré comme un « traumatisme par contagion ou par identification, lorsqu'un professionnel est en contact régulier avec des sujets traumatisés. Ce n'est pas un traumatisme, car il n'y a pas eu d'effraction de l'appareil psychique. Les perturbations restent dans la sphère du langage et des représentations. Le traumatisme vicariant est déterminé par une surcharge émotionnelle lorsque les professionnels sont confrontés à la souffrance d'autrui ou à des situations qui leur font éprouver des émotions intenses et qui s'accumulent ».⁵⁷

Les troubles engendrés par la traumatisation vicariante seront repris sous le label de « compassion fatigue » élaboré par C.-R. Figley (1995).⁵⁸

En 1995, C.-R. Figley élabore le modèle de la transmission du trauma des victimes sur les intervenants. C.-R. Figley décrit l'épuisement par « stress de compassion » dans son œuvre bien connue « Compassion Fatigue » comme étant un syndrome d'épuisement émotionnel dans lequel le stress traumatique est transmis des victimes aux intervenants (acteurs de l'aide médicale urgente, services de secours, psychothérapeutes, etc.).⁵⁹

⁵⁶ HERBERT, C., BRUNET, A., WEMMERS, J.-A. *Intervenants psychosociaux face aux victimes - Processus psychodynamique de la traumatisation indirecte*. Journal International de Victimologie, JIDV 2 (Tome 1, N° 2 - Janvier 2003).

⁵⁷ LEBIGOT, F., DAMIANI, C. *Les mots du trauma – Vocabulaire de psychotraumatologie*, 2011, p. 267.

⁵⁸ FIGLEY, C.-R., KLEBER, R.-J., GERSONS B.-P.-R. *Beyond the "victim", secondary traumatic stress*. In *Beyond Trauma: Cultural and Societal Dynamics*. New York: Plenum Press. p. 75-98, 1995.

⁵⁹ Cité dans *Les intervenants des services de secours lors de situations d'exception : les bases de la traumatisation indirecte*. Erik L.J.L. de Soir 1.

II. Le traumatisme collectif ; cas de l'Irak

Nous avons choisi le cas de l'Irak pour illustrer le concept de traumatisme collectif.

L'Irak est un pays ayant connu de nombreuses guerres qui ont laissé des traces dans l'histoire collective : guerre avec l'Iran (1980-1988), première guerre du Golfe (1990- 1991), deuxième guerre du Golfe (2003) et enfin celle qui perdure jusqu'à aujourd'hui, fratricide, la guerre civile débutée en 2006. Cette chronologie nous donne un aperçu d'une situation qui peut engendrer un traumatisme collectif et qui mérite de servir d'exemple et d'illustration.

II.1. Chroniques historiques de la guerre en Irak (1980 à nos jours)

1. La guerre Iran-Irak

La guerre Iran-Irak, plus communément connue en Iran sous le nom de guerre imposée ou Défense sacrée et en Irak sous le nom de *Qādisiyyah* de Saddam.

Elle a opposé ces deux pays entre septembre 1980 et août 1988.

Un conflit concernant les frontières irako-iraniennes donna lieu à une attaque de l'Iran le 22 septembre 1980 par Saddam Hussein. La guerre dura huit longues années et se termina en 1988 avec plus d'un million de victimes, un chiffre extrêmement élevé par rapport aux autres conflits de ce type.

Le massacre de Halabja en 1988 par arme chimique de la population civile kurde par l'armée irakienne témoigne de la barbarie de cette guerre. Environ 5000 morts et autant de blessés (7 000).

2. La deuxième guerre du Golfe

En 1988, le conflit s'achève mais l'Irak continue à s'enfoncer dans la guerre. Le 2 août 1990, pour des raisons historiques et économiques, Saddam Hussein décide d'envahir le Koweït alors que la guerre contre l'Iran avait été coûteuse et que durant le conflit l'industrie pétrolière du pays n'a pas tourné. L'Irak cumula ainsi une grande dette qui permit à ses voisins, le Koweït et l'Arabie Saoudite, de s'enrichir. Ils ont donc pu produire plus de pétrole pour satisfaire la demande internationale. En 1988, Saddam Hussein exige auprès de ces deux pays un versement de plusieurs dizaines de milliards de dollars pour compenser sa non-production pendant le conflit. Le Koweït refuse et va jusqu'à produire au-delà des quotas et à extraire du pétrole sur le territoire irakien. C'est la provocation de trop pour Saddam Hussein qui y voit un prétexte pour envahir le pays. L'invasion du Koweït par l'Irak est rapide. Très tôt le matin, la puissante armée de Saddam Hussein attaque et en quatre heures seulement, l'Irak s'empare du pays. Cette agression provoqua aussitôt une réaction des États-Unis et des États alliés. Le conseil de sécurité de l'ONU est saisi le jour même et condamne les actions de Saddam Hussein à travers un vote. L'URSS, ancienne alliée de l'Irak, n'utilisera pas son droit de veto, preuve que la guerre froide était bien terminée.

L'opération « *Tempête du Désert* », qui regroupe une coalition de trente pays environ, débute le 17 janvier 1991 sous le commandement des États-Unis. Le monde n'avait pas vu d'aussi grande force réunie depuis 1945.

La défaite de Saddam Hussein a été très rapide, quelques jours seulement ont suffi pour libérer le Koweït, placer l'Irak sous embargo et l'obliger à détruire ses armes de destruction massive.

3. La troisième guerre du Golfe

La troisième guerre du Golfe a débuté le 20 mars 2003 et avait pour finalité de faire tomber définitivement le dictateur Saddam Hussein. L'« *Opération libération de l'Irak* », menée par la coalition sous l'égide des États-Unis contre le Parti Baas de Saddam Hussein, devait prouver l'existence d'armes de destruction massive, prétexte à l'invasion. Les bombardements ont coûté la vie à des centaines de milliers de personnes et conduit à la défaite rapide de l'armée irakienne, à la capture et à l'exécution de Saddam Hussein ainsi qu'à la mise en place d'un nouveau gouvernement.

L'Irak s'installe dans une nouvelle normalité, mais sans prendre de direction intelligible, sans permettre aux Irakiens de se projeter.⁶⁰

4. La guerre civile

Une guerre commence entre les musulmans sunnites et chiites suite à un attentat contre la Mosquée d'or de Samarra le 26 février 2006. En 2008, on compte plusieurs centaines de milliers de morts et l'armée chiite contrôle désormais Bagdad. Une partie de la population sunnite part en exil. Nourri al Maliki, du parti chiite Dawa, forme un nouveau gouvernement.

Le terrorisme en Irak a un fort pouvoir traumatique. Il s'agit d'événements violents qui touchent toute une population pendant un temps prolongé, engendrant souvent un traumatisme collectif.

L'élection du président Obama permet le retrait progressif des troupes américaines à partir de décembre 2011 sans que cela ne mette fin au cycle de la violence meurtrière. Plus de 120 000 civils ont été tués durant cette guerre fratricide.

Le nombre de morts depuis l'invasion américaine demeure un exercice périlleux. Certains organismes, toutefois, s'y sont attaqués. Le site britannique Iraq Body Count, spécialisé dans le décompte des victimes, chiffre entre 112.000 et 122.000 le nombre de civils tués pendant ce conflit ou lors de ses suites. Ces données sont basées sur les rapports officiels et donc probablement sous-évaluées, précise l'organisation.⁶¹

Dix ans après la mission « *Iraqi Freedom* » qu'ont menée les États-Unis et le Royaume-Uni pour renverser Saddam Hussein, l'Irak reste instable, divisée par des tensions communautaristes et ravagée par des attentats.

Aujourd'hui, l'Irak est en guerre contre les terroristes de Daesh « État islamique en Irak et au Levant ».⁶²

⁶⁰ HARLING, P. *Dix ans après, que devient l'Irak ?* Le monde diplomatique, 2013.

⁶¹ BLEITRAC, D. *GUERRE D'IRAK : 10 ans et des centaines de milliers de morts et 2013 est la pire année...* Le Nouvel Observateur, 26/08/2013.

⁶² Article tiré d'Historamania : *La guerre d'Irak*. Historiquement guerrier, 2014.

Les Irakiens ont vécu des situations extrêmes multiples : « situations traumatogènes ». Une situation traumatogène se caractérise par la nature des désorganisations et des déliaisons individuelles familiales et sociales d'un peuple sur plusieurs générations. Ces situations ont marqué collectivement tout un peuple, ce qui m'amène à m'intéresser à la notion de traumatisme collectif.

II.2. Approche du traumatisme collectif

Le traumatisme collectif touche toute une population. Généralement, il a un rapport avec la psychologie de guerre et les catastrophes naturelles. Ces situations sont connues pour leur pouvoir traumatique en raison de leur intensité et de leur ampleur.

Durant des années, l'Irak a vécu des traumatismes collectifs en rapport avec des catastrophes engendrées par l'homme telles que les guerres, les génocides, la guerre civile, les massacres, les déportations de population, les nettoyages ethniques, les viols, la terreur, les attentats, etc. Ces ravages ont causé des souffrances énormes dans la population. L'impensable peut devenir réalité. Les Irakiens ont été confrontés à des atrocités extrêmes. Ils ont vu la mort et ont vu la mort de leurs proches, les vies de millions de personnes affectées par des bouleversements profonds, conséquences de la guerre.

La guerre, notamment la guerre civile, est le théâtre d'horreur de la « terreur sans nom », selon l'expression de W.-R. Bion (1991) (cité par R. Roussillon, 2012). Ils sont les témoins impuissants des exactions, des violations de toute sorte. La vie des Irakiens est devenue un enfer avec une sensation d'insécurité, de peur et de guerre permanente.

La confrontation régulière à des scènes d'une extrême violence attaque l'intégrité psychique du sujet. L'évènement traumatique agit à la manière d'un « corps étranger » en soi (S. Freud, 1926). Le pare-excitation, la métaphore employée par S. Freud (1920) est percée, l'afflux d'excitation met hors-jeu le principe de plaisir ; le Moi est attaqué du dehors comme il est attaqué du dedans. Le « Moi-peau » (D. Anzieu, 1985) censé protéger, contenir et réguler la circulation des excitations internes et externes ne peut plus faire office d'enveloppe sécurisée.

Les contenus même de la pensée sont attaqués. Ces traumatismes extrêmes entraînent de véritables effondrements psychiques (P. Bessoles, 2008).⁶³

Les Irakiens sont confrontés à des situations extrêmes. Quand on parle de l'extrême, on pense aux traumatismes de guerre, à la torture, à l'irruption inattendue et catastrophique des forces naturelles, l'acte terroriste, la violence sexuelle. Pour R. Roussillon (2012), « *les situations extrêmes confrontent à des affects qui vont bien au-delà de l'impuissance et de la détresse, elles présentent des formes « dégénérées » de celles-ci, voire « déshumanisées ».*⁶⁴

Ceux qui ont subi des actes terroristes, des menaces, viols, tortures, génocides voient souvent leur rapport de confiance en l'humanité détruit. P. Fedida (2007) les nomme « déshumains ». En effet, un accident de la vie quotidienne ou catastrophe naturelle peut toucher gravement la confiance en soi et peut s'accompagner d'un véritable effondrement intérieur, mais il ne provoque jamais une perte de confiance dans l'humanité comme le font les génocides, les actes terroristes, les tortures, la guerre civile, etc.

B. Piret (2007) indique à ce propos que « *tous ces actes et ces expériences ébranlent de fond en comble ce en quoi le sujet croyait jusque-là, c'est-à-dire la manière dont il s'était construit une représentation de l'Autre qui lui permettait d'éprouver le sentiment d'une commune appartenance, d'une relation et d'une compréhension possible. Le traumatisme touche donc au plus profond de l'humain à la fois dans la construction de son image comme humain et dans la signification symbolique de son appartenance à l'humanité ».*⁶⁵

Le traumatisme subi dans le cas de génocides, guerres civiles, menaces, violences extrêmes... détruit le lien social ainsi que la continuité de soi et rend ses victimes étrangères à une histoire qu'elles ne peuvent pas s'approprier puisque leurs repères sont détruits. A. Houballah (1996) a souligné que « *les guerres civiles qui destituent radicalement la figure paternelle du pouvoir pour lui substituer des rivalités fraternelles meurtrières aboutissent à cette même abolition de toute figure symbolique susceptible de soutenir l'idéal ».*⁶⁶

⁶³ CHAHRAOUI, K. *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*. Paris : Dunod, 2014, p. 131.

⁶⁴ ROUSSILLON, R. *Les situations extrêmes et leur devenir*, 2006.

⁶⁵ PIRET, B. *Approche psychanalytique du traumatisme : de l'irruption du Réel à l'errance psychique*.

⁶⁶ HOUBBALLAH, A. *Le virus de la violence*. Editions Albin Michel, 1996.

Ce qui signifie la mort de l'humanité, un sentiment de solitude inexorable. Les liens de filiation et d'affiliation, le passé, l'histoire, les racines, les représentations collectives, les valeurs et la solidarité communautaire sont détruits.

C'est l'impensable, c'est le rapport entre identité individuelle et identité collective qui est visé.

Les traumatismes extrêmes ont des effets d'anéantissement de l'individu dans ses croyances ainsi que dans son identité rendant très difficile la reconstruction psychique.

Les Irakiens ont vécu des situations extrêmes multiples que R. Roussillon (2012) nomme « agonistiques », c'est la question de la mort psychique et la question de la « survivance » qui leur sont étroitement corrélées.⁶⁷

II.3. Les stratégies de survie

Le risque de mort mobilise des mécanismes essentiels de survie qui surprennent le sujet. En effet, en situation extrême, le sujet est confronté à la mort. Chez le sujet, ce temps de menace d'anéantissement provoque une tendance à mobiliser des mécanismes de défense actifs pour se protéger.

La « survie » désigne le « fait de survivre, de continuer à exister » après avoir été confronté à plusieurs événements potentiellement traumatisants.⁶⁸

« Se maintenir en vie, vie après la mort », le concept de survivance désigne un fonctionnement psychique. R. Roussillon (2012) indique dans son article (*les logiques de survie et la rencontre clinique*) qu' « on ne gagne pas contre une situation extrême, mais on peut survivre psychiquement, le sujet met en œuvre des stratégies pour « survivre », ce qui n'est plus vivre, mais n'est pas non plus mourir ». ⁶⁹

⁶⁷ ROUSSILLON, R. Les logiques de survie et la rencontre clinique. In *Clinique de l'extrême*. Armand Colin 2012, p. 290.

⁶⁸ BIKA, G. *Les logiques/stratégies de survie des réfugiés de guerre*. Tome 10, N° 1, (JIDV28 - Juin 2012).

⁶⁹ ROUSSILLON, R. Les logiques de survie et la rencontre clinique. In *Clinique de l'extrême*. Armand Colin, 2012, p. 292.

Peut-on confirmer que le sujet a échappé au danger alors que son psychisme a été touché en profondeur dans la rencontre avec le réel de la mort en situation traumatique ?

En effet, J. Roisin (2005) explique que ces défenses ont la structure d'un compromis : si elles ont pour direction la tentative de fuir l'impact psychique de l'anéantissement, elles sont marquées par la répétition sous l'effet de la pulsion de mort.

Le travail du sujet traumatisé se pense comme une lutte psychique entre l'action persistante de la pulsion de mort et les mécanismes de défense pour y survivre. Ainsi, le travail de survivance réalise une adaptation au traumatisme psychique et non son dépassement ou sa résolution (J. Roisin, 2005).⁷⁰

Les stratégies de survie après avoir dépassé une situation extrême sont variées :

1-Le sujet se replace lui-même dans une situation extrême, situation qui rappelle la situation extrême dans laquelle le sujet a dû décider et développer des techniques de survie : « *le retournement de l'impuissance en toute puissance par lequel le sujet se donne l'illusion de maîtriser l'expérience paralysante* » (J. Roisin, 2005).

2-L'introjection de survie : l'introjection est un concept psychanalytique élaboré par S. Ferenczi en 1909. Il désigne un mécanisme psychologique : « *processus par lequel le sujet fait passer, sur un mode fantasmatique, du « dehors » au « dedans » des objets et des qualités inhérentes à ces objets* » (J. Laplanche et J.-B. Pontalis, *Vocabulaire de la Psychanalyse*). Le sujet traumatisé tente de transformer en réalité interne la situation traumatique.

L'introjection permet à la victime de s'approprier l'expérience traumatisante, mais c'est au prix d'inclure dans son psychisme la néantisation qu'elle voudrait neutraliser (J. Roisin, 2005).

3-L'identification de survie en situation de traumatisme, « *la personne se défend de l'anéantissement en s'identifiant à un objet lié à la scène, selon la logique : mieux vaut être quelque chose, ne fut-ce presque rien, que ne pas être* » (J. Roisin, 2005).

⁷⁰ LEBIGOT, F., DAMIANI, C. *Les mots du trauma – Vocabulaire de psychotraumatologie*, 2011.

Ce mécanisme intervient dans la production de la honte propre aux personnes ayant subi un traumatisme, dans ce cas en effet, la victime s'est identifiée à un objet de peu de valeur (généralement à un déchet dont l'image s'est imposée de par la situation de maltraitance vécue, comme à titre d'exemple l'identification à une « saleté violée » qui survient chez les personnes ayant subi un viol, etc.) selon une identification humiliante, mais préférable à la réduction au néant. Il se repère également dans les phénomènes d'identification collective des populations brimées ou persécutées à n'être que des personnes nécessairement haïssables, ou encore dans la recherche par certaines victimes de liens humiliants et maltraitants qu'elle peuvent trouver auprès de leurs agresseurs comme lorsque la recherche symptomatique de partenaires violents permet une place identificatoire méprisable préférable au néant. Ce caractère défensif de survie psychique rend compte de l'attachement des personnes à l'image identificatoire négative qui résiste aux réassurances de l'entourage.

Pour ne pas sombrer entièrement dans la mort, l'individu recourt aux clivages et aux dénis de survie :

-Le clivage : Le clivage de survie est le mécanisme de défense visant à se protéger d'une effraction traumatique possible. Le clivage permet une certaine froideur et mise à distance de la dimension traumatique des faits. En effet, face à l'expérience de l'anéantissement, le clivage permet de se retirer activement de l'expérience ou de la part d'expérience à l'origine d'un éprouvé d'anéantissement. Le sujet cesse de souffrir et ne ressent plus la douleur infligée. Selon S. Ferenczi (1932), il « rend son âme ».

Selon le Dictionnaire de psychologie (1991), le clivage est un « *processus par lequel une structure perd son unité et est remplacée par deux structures partielles ou plus. En psychanalyse, on parle de clivage du moi et du clivage de l'objet. Le clivage du moi décrit l'organisation du moi dans les perversions ou associé avec le déni et la projection. Le clivage de l'objet fait quand à lui plutôt référence à la notion Kleinienne d'objet partiel et à la dialectique des fantasmes : bon objet-mauvais objet* ».

J. Roisin (2004) indique trois formes de clivage de survie : la sortie du corps, l'anesthésie et l'absence.

-La sortie du corps : dans l'expérience d'un grand danger vital. La personne est comme ailleurs, tout en étant physiquement présente à l'agression subie : la personne s'extrait en quelque sorte de son corps en se réfugiant mentalement ailleurs, dans un endroit de la pièce par exemple, ou dans un souvenir. « *C'est une manière d'être ailleurs que là où ça souffre, avec sa subjectivité, sa sensibilité* » (J. Roisin, 2004).

-L'anesthésie constitue un clivage partiel : le sujet se retire d'une partie où il ressent la douleur et dira qu'il n'a plus de sensibilité. « *Se couper de soi pour survivre, ne plus se sentir pour ne pas mourir de ce que l'on sentirait de soi, se retirer de soi, de l'affectation de soi, se tuer... pour survivre. Cette opération n'est pas sans conséquences, car elle implique la mise à mort d'une certaine économie psychique fondée sur le primat du principe de plaisir au nom d'un principe de survie* ». Selon R. Roussillon (2012), il suffirait de se couper de ses émotions pour échapper à l'horreur.

-L'absence : cet état d'absence se manifeste à travers des conduites automatiques, comme par exemple obéir aux ordres d'un agresseur dans un état somnambulique, ou conduire une voiture sans savoir où aller. Ces conduites témoignent d'une absence durable à elle-même afin d'empêcher leur participation consciente à une situation traumatisante ou à sa réminiscence.

-Le déni : selon J. Roisin (2012), le *mécanisme de défense peut pousser à l'oubli jusqu'à ce que le souvenir revienne comme un boomerang. Le déni permet de minimiser la gravité de l'acte subi, jusqu'au jour où celle-ci apparaît dans toute son horreur* ».

Le déni est l'action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le moi. Prenons l'exemple du soldat en contexte de guerre, qui doit demeurer concentré et vigilant et qui ne peut se laisser submerger par l'angoisse, ou par des reviviscences. Une fois sa mission finie et rentré chez lui, retrouvant un sentiment de sécurité, il ne parle plus de ce qui s'est passé, il reste dans une forme de déni. Souvent, la cause de son déni est à référer à la crainte inconsciente que le retour de l'évènement dans la répétition ne provoque la déflagration de son psychisme. Ce qu'il exprime, lorsque le déni se lève, c'est la peur de devenir fou.

Chaque sujet a ses raisons propres de retarder autant qu'il lui est possible le moment où l'évènement fera éruption dans la mémoire du trauma.

En effet, en situation traumatisante, la personne est confrontée à sa propre mort, expérience de non-sens, l'impensable, le moi se clive, c'est-à-dire qu'à l'intérieur de la personne cohabitent deux parties, l'une qui sait, l'autre qui ne sait pas, explique le Docteur en psychiatrie O. Bezy (2012).⁷¹

Selon F. Lebigot (2011), le mécanisme de défense d'origine inconsciente consiste à barrer l'accès à la conscience d'une perception. Il s'agit d'une perception qui appartient aux champs de la réalité externe ou interne. Dans les traumatismes psychiques, un élément de réel subit le sort de la réalité et n'a plus accès à la représentation. En clinique, cela se traduit par le fait que la mémoire de l'événement traumatique ne parvient pas à la conscience pendant un temps variable, mais qui peut durer des années.⁷²

Selon F. Lebigot (2011), le déni est le mécanisme expliquant la phase classique de latence de la névrose traumatique ; il se traduit par le sentiment de culpabilité et de honte.

-Le sentiment de culpabilité : Nombreux sont les auteurs comme B. Cyrulnik (2003) qui évoquent la « culpabilité du survivant ». Les victimes qui sortent d'un événement traumatique vivent souvent un pénible sentiment de culpabilité du fait d'avoir survécu, de ne pas avoir réussi à sauver des gens proches, par rapport à ce qu'elles ont dû faire pour sauver leur vie, pour ne pas avoir réagi comme elles l'auraient voulu, etc. « C'est le retour à la vie qui fait mal ? ». ⁷³

Les récits de viol soulèvent particulièrement ces sentiments de culpabilité et de honte. Il est fréquent d'entendre les femmes victimes de viols dire par exemple : « *c'est ma faute, je n'aurai pas dû mettre des décolletés qui ont attiré l'attention* ». Ce type de culpabilité, indique J. Roisin (2005), relève d'une recherche de sens.

F. Lebigot (2011) ajoute que s'il n'y a pas de cause raisonnable, la personne construit parfois une culpabilité absurde.

⁷¹ PALACIN, I. *Le déni : un mécanisme psychique pour « amortir » la réalité*, publié dans la salle du soin, gestion des émotions, 2012.

⁷² LEBIGOT, F., DAMIANI, C. *Les mots du trauma – Vocabulaire de psychotraumatologie*, 2011, p. 56.

⁷³ CYRULNIK, B. *Le murmure des fantômes*. Paris : Odile Jacob, 2003.

En effet, il s'agit de scénarios que le traumatisé construit et dans lequel il se sent coupable et responsable du malheur qui lui est arrivé, même s'il n'y est pour rien. A. Ciccone (1999) l'a appelé « fantasme de culpabilité ». Pour A. Ciccone (1999), ces fantasmes ont une double fonction. D'une part, ils permettent d'atténuer l'impact traumatique du traumatisme. Le sujet devenant actif là où il a subi l'événement de manière passive. D'autre part, ce fantasme rend possible un mouvement d'appropriation, le sujet devenant sujet d'une histoire étrangère qui s'impose à lui.⁷⁴

-La honte : L. Daligand (2006) indique que « *tout trauma peut entraîner une modification de l'image du Moi traduisant une faille dans l'ordre symbolique et se cristallisant en un affect : la honte* ». ⁷⁵

Le mot « honte » désigne l'humiliation, le déshonneur. Ce sont des mots, des images qui touchent à notre histoire intime. Les femmes violées le connaissent bien, elles se sentent diminuées, indignes. Elles se sentent honteuses et souhaitent être admirées de nouveau mais incapables d'en parler. Selon J. Roisin (2012), La honte peut naître du désarroi de s'être vu si fragile et de la crainte d'être désormais perçu ainsi par l'entourage.

En effet, le traumatisé a subi une violence inattendue qui a menacé son intégrité physique et psychique. Selon C. Barrois (1988), la rencontre tragique avec la mort agresse l'intégrité physique et mentale du sujet et fascine, sidère et paralyse son appareil psychique.⁷⁶

Le traumatisé est confronté à l'impensable. J. Lacan (1973, 1974) évoque un trou dans la langue qui fonderait le trauma. Le trauma est le trauma de la langue. L'être humain est un être de parole ; c'est le trauma de la langue. Ce qu'a perdu le traumatisé, ajoute L. Daligand (2006), c'est sa capacité à traduire symboliquement par la parole à l'oreille de l'autre.

En effet, la honte est l'affect spécifique lié au traumatisme, plus que la culpabilité. Or, comme le dit A. Green (1983) : « le caractère destructeur de la honte est majeur : la culpabilité peut se partager, la honte ne se partage pas ». ⁷⁷

⁷⁴ CHAHRAOUI, K. *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*. Paris : Dunod, 2014, p. 50.

⁷⁵ DALIGAND, L. *La honte et le trauma*. Revue Francophone du Stress et du Trauma, 2006, 6(3), p. 151-153.

⁷⁶ BARROIS, C. *Les Névroses traumatiques*. Paris : Dunod, 1988.

⁷⁷ GREEN, A. *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris : éditions de Minuit, 1983, p. 207.

La honte n'est pas forcément associée à la culpabilité. B. Cyrulnik (2010) fait la distinction entre honte et culpabilité : « *L'une, gorgée d'amertume, remplit l'univers de la dépréciation, alors que l'autre, dans l'univers de la faute, est remplie de souffrances. Ces mondes différents organisent des styles relationnels distincts. Le sentiment d'avoir fait du mal provoque des stratégies de rédemption, d'expiation ou d'autopunition, alors que le sentiment d'être rabaisé organise des relations d'évitement, d'enfouissement et de colères désespérées* ». ⁷⁸

Selon A. Ciccone et A. Ferrant (2009), la honte et la culpabilité entretiennent trois types de rapport avec le traumatisme :

- La honte et la culpabilité peuvent être à l'origine du traumatisme, en ceci que ces affects perturbent, harcèlent le Moi, lui imposent un travail ou le désorganisent.

-La honte et la culpabilité peuvent être considérées comme des effets du traumatisme, des affects générés par l'impact du traumatisme, qui représentent des traces de l'expérience traumatique ainsi que la manière dont le Moi est affecté par l'expérience.

-La honte et la culpabilité peuvent être considérées comme des modes de traitement du traumatisme. La honte et la culpabilité imposent un travail psychique, réalisent elles-mêmes un travail psychique qui traite le traumatisme et ses effets. ⁷⁹

⁷⁸ CYRULNIK, B. *Mourir de dire la honte*. Paris : Odile Jacob. 2010, p. 73.

⁷⁹ CICCONE, A., FERRANT, A. *Honte, culpabilité et traumatisme*. Paris : Dunod, 2009, p. 34.

III. Le traumatisme de la migration

Nous avons jugé utile d'évoquer également le traumatisme de la migration parce que ce phénomène est souvent la conséquence des conflits dans le monde.

Dans ce paragraphe, nous nous intéressons donc au traumatisme de l'exil chez les femmes irakiennes qui ont fui leur pays. Venues en Syrie, porteuses d'un lourd passé douloureux mais aussi de forces, de stratégies et d'espoirs développées au cœur de l'adversité, de la peur et de la violence dans l'objectif de reconstruire leur vie. La rupture avec leurs racines et la lourde trajectoire prise, tant physique que psychique, sont génératrices de souffrances et influencent leur vécu en exil.

Pour analyser ce phénomène, nous partons des travaux de T. Nathan (1989) qui a étudié la fonction psychique du traumatisme en distinguant trois formes :

-Le traumatisme décrit par la théorie psychanalytique qui est « un soudain afflux pulsionnel non élaborable et non susceptible d'être refoulé du fait de l'absence d'angoisse au moment de sa survenue.

-Le traumatisme intellectuel ou « traumatisme de non-sens » dont le modèle est le double bind, c'est-à-dire l'incompréhensibilité du message qui bouleverse l'équilibre psychique.

-Le traumatisme de la perte du cadre culturel interne (traumatisme de troisième type) à partir duquel a été décodée la réalité externe. C'est ce troisième type que nous comptons présenter.⁸⁰

⁸⁰ MORO, M.-R. *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Dunod, 1998, p. 63.

III.1. Traumatisme de l'exil

Quelles que soient les motivations à l'origine de cet acte migratoire, la migration est potentiellement traumatique (non pas au sens négatif du terme, mais au sens psychanalytique que nous verrons plus loin), un trauma qui va induire de nécessaires réaménagements défensifs, adaptatifs ou structurants (M.-R. Moro, 1998).⁸¹

D'autre part, selon G. Devereux (1972), la migration est aussi à penser en termes de perte du cadre culturel interne à partir duquel a été décodée la réalité externe. En effet, tout système culturel est constitué d'une langue, d'un système familial, contenu de transmission, de savoirs qui structurent de manière cohérente les événements, les fantasmes, l'affectif, l'imaginaire et le réel, c'est-à-dire les manières de penser que sont les représentations. Ceux-ci permettent au sujet de l'inscrire dans un univers culturel, de percevoir le monde qui l'entoure, de lui donner un sens et d'y habiter. L'individu possède donc un cadre culturel externe et se constitue un cadre culturel interne de nature psychique. Pour fonctionner, ce cadre culturel interne doit s'appuyer sur le cadre externe. C'est par cette fonction d'étayage systématique que la culture participe à la constitution du fonctionnement intrapsychique de l'individu. L'exil entraîne pour le migrant le passage d'un pays à un autre, et à travers cela, c'est tout un système culturel qui est réinterrogé du fait que l'acculturation peut se vivre comme la perte du lien au collectif et à la généalogie.⁸²

L'exil peut donc se vivre non seulement comme une perte, mais il peut également réactiver les pertes. L'exil, c'est être « ex-il », hors du lieu. S'exiler, c'est se mettre dans une position hors lieu, hors de l'environnement langagier qui pour tout un chacun est le lieu des paroles et des signifiants qui structurent notre rapport aux autres.

Pour Lahlou (2008), « l'« ici » est d'abord le pays que l'on quitte et le « là-bas » celui que l'on rejoint ; l'« ici » devient ensuite le pays d'accueil pendant que le pays d'origine prend progressivement le statut de « là-bas ». ce qui fait dire que le sujet migrant se déplace entre

⁸¹ MORO M.-R. *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Dunod, 1998.

⁸² DEVEREUX, G. *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion 1972, réédition 1985.

*des espaces de vie qu'il symbolise et que chaque culture symbolise pour lui, selon ses propres normes, repères et finalités ».*⁸³

La douleur de l'exil pour les exilés est la perte du pays natal. F. Benslama (2004) développe l'idée que ce qui pose vraiment problème chez les migrants n'est pas la perte du pays mais surtout la question de la territorialité psychique (cité par K. Chahraoui, 2014) : « *le lieu ce n'est pas l'espace, ce n'est pas le contenant. Le lieu c'est de l'espace, du contenant en tant qu'il est pris dans la représentation et je dirais même dans la représentance, notion freudienne. C'est-à-dire que quand nous disons que nous habitons dans un lieu, ça ne veut pas dire que nous habitons tel arrondissement, telle rue, etc., c'est plus que cela. Nous habitons l'espace non pas à l'état brut mais en tant qu'il est représenté. Il y a donc exil, non pas seulement quand il y a expérience du hors lieu mais quand nous quittons non seulement l'espace mais aussi la représentation* ». Le problème est donc l'impossibilité d'être psychiquement dans un lieu.⁸⁴

Migrer, dit T. Nathan (1989), a deux sens « émigrer, immigrer » :

-Emigrer, quitter, perdre l'enveloppe de lieux, des soins, d'odeurs et de sensations de toutes sortes qui constituent les premières empreintes sur lesquelles se sont établies le codage du fonctionnement psychique.

- Migrer signifie aussi immigrer, c'est-à-dire reconstruire seul, en l'espace de quelques années, ce que les générations ont lentement élaboré et transmis.

La perte du cadre culturel entraîne une carence d'étayage et une perte de confiance dans sa propre matrice d'interprétation de ses pensées, de ses sensations, de ses éprouvés corporels (M.-R. Moro, 1989).⁸⁵

⁸³ VATZ-LAROUSSI, M., BOLZMAN, C., LAHLOU, M. *Familles migrantes au gré des ruptures. Tisser la transmission*. Lyon Limonest : L'interdisciplinaire, 2008, p. 226.

⁸⁴ BENSLAMA, F. « L'expérience du hors lieu ». In *Y a-t-il une clinique de l'exil ? (2)*. Journées d'étude du 2 février 2001 de l'École de Ville-Évrard.

⁸⁵ DI, C., MORO, M.-R. *Conflit des cultures dans la constitution de soi*. Informations sociales 2008/1 (N° 145), p. 16-24.

III.2. Le parcours migratoire

Les femmes dont nous avons étudié le parcours dans le cadre de notre travail ont fui précipitamment l'Irak, sans prendre le temps de préparer leur départ en raison de la peur de ne pas survivre. Cette peur de ne pas assurer à leurs enfants la sécurité nécessaire les a conduites à prendre la fuite. C'est à leur propre détresse que les parents tentent d'échapper. Le seul recours étant de fuir le lieu, cause de ce chamboulement. C'est donc pour se défendre contre cette situation traumatique, qui met en danger leur vie psychique et physique que les femmes irakiennes optent pour le départ avec leur famille. Le traumatisme est cette tension interne, synonyme de tous les dangers, lorsqu'elle dépasse l'ordre du tolérable. Les propos tenus par les femmes mettent en lumière non seulement leur détresse quant à leur incapacité à assumer leur rôle de mère, mais aussi et surtout leur détresse, en tant que personne, à vivre et dépasser leurs propres angoisses.

Fuite du pays dans des conditions extrêmes souvent dramatiques voire traumatiques. Cette trajectoire migratoire s'est faite en souffrance en prenant un chemin dangereux risquant leur vie et celle de leur famille. La migration forcée atteint l'individu dans son droit d'exister et son identité, ces obstacles peuvent avoir un effet « traumatogène » décrit par C. Barrois (1999) comme un traumatisme second.⁸⁶

Aux troubles engendrés par le traumatisme générés par la guerre s'ajoute celui de l'exil.

Cette trajectoire instable crée dans la psyché une instabilité. C'est dans un court laps de temps que de multiples réaménagements psychiques, organisation-désorganisation, ont lieu. Cela ne permet donc pas à l'individu d'avoir une structuration organisée, un désordre psychique prend alors place. Elles se trouvent dans des situations désorganisées où elles doivent refaire leur vie tout en ayant à supporter les effets du mal qu'elles subissent. Les nouveaux contextes correspondent à de nouvelles souffrances. Il n'y a pas de repères stables à la base de ces réorganisations. À l'origine de toute réorganisation, de réaménagement ou encore de restructuration se trouve un cadre culturel. C'est à partir du cadre culturel interne que la réalité extérieure est décodée, interprétée, symbolisée. Dans ces multiples

⁸⁶ HAUSWIRTH, M., MOMENI-CANELLINI, A., BENNOUN, N. *Un improbable refuge*. Psychothérapies, 2004/4 (Vol. 24), p. 215-222, Éditeur Médecine & Hygiène.

déplacements, il y a une perte de repères, perte du cadre culturel interne, conséquence de ces changements. On peut aisément, dans cette situation, envisager chez les femmes étudiées un traumatisme migratoire.

Se cumulent chez les femmes réfugiées ayant vécu des traumatismes d'autres facteurs de vulnérabilité associés à l'exil : des difficultés découlant directement des conditions de la migration ; les deuils et les pertes multiples tant matérielles, affectives que sociales. En effet, tout changement de contexte de vie implique certaines pertes qu'il s'agit d'accepter afin de pouvoir pleinement investir la nouvelle situation.⁸⁷

L'exil, c'est faire l'expérience de ruptures, de douleurs, de nostalgies. A. Yahyaoui (1989) indique que l'exil peut être conçu comme « *une expérience de rupture, de rejet de renoncement, comme vecteur de souffrance* ». ⁸⁸

Mais l'exil peut également constituer une occasion formidable de développement. Selon M.-R. Moro (1989), « *lorsqu'il survient, ce traumatisme n'entraîne pas forcément des effets pathogènes. Il est parfois comme tout traumatisme structurant et porteur d'une nouvelle dynamique, voire germe de métamorphose. La migration peut donc être aussi porteuse de potentialités créatrices* ». ⁸⁹

Nombreux sont les symptômes et troubles liés au traumatisme de l'exil : difficultés matérielles, mais surtout psychiques, qui affectent les rapports sociaux et affectifs.

La santé des réfugiés est fortement fragilisée, surtout que les conditions de vie et de séjour en Syrie sont provisoires.

La psychopathologie du traumatisme dans les situations d'exil est un champ particulier de la psychologie clinique. En effet, les conséquences sur la santé ainsi que la précarité de la situation augmentent le degré de vulnérabilité chez les réfugiés ayant vécu des traumatismes cumulatifs.

C'est dans une situation doublement traumatisante, la guerre et l'exil, que les femmes irakiennes réfugiées de guerre, doivent assumer leur rôle en tant que mère en exil et retrouver leur place.

⁸⁷ HAUSWIRTH, M., MOMENI-CANELLINI, A., BENNOUN, N. *Un improbable refuge*. Psychothérapies, 2004/4 (Vol. 24), p. 215-222, Éditeur Médecine & Hygiène.

⁸⁸ YAHYAOUÏ, A. *Corps, espace-temps et traces de l'exil - Incidences cliniques*. Grenoble : la pensée sauvage, 1989.

⁸⁹ MORO, M.-R. *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Dunod, 1998, p. 64.

IV. La culture : définition et fonctions psychiques

Pour S. Freud (*Malaise dans la Culture*, 1929), la culture est un ensemble de réalisations et de régulations qui a deux fonctions : protéger les hommes et réguler les relations entre eux. G. Róheim (1943), quant à lui, donne une définition protectrice contre le danger de la perte d'objet. Il évoque « les efforts formidables faits par un bébé qui a peur de rester seul dans le noir ». ⁹⁰

Selon R. Kaës et al. dans *Différences culturelles et souffrances de l'Identité* (1998), la culture remplit essentiellement trois fonctions permettant la vie en groupe :

- Elle empêche le chaos en érigeant de l'ordre et des règles ;
- Elle est dispensatrice d'une identité, à la fois individuelle et groupale ;
- Elle donne du sens aux énigmes de la vie et de l'Univers.

La culture est prescriptrice de règles, de limites et de codes. Cela afin d'éviter des situations de chaos et d'anarchie. Elle autorise ou interdit, dicte le licite et l'illicite au sujet des comportements sexuels, des conduites agressives ainsi que des pratiques alimentaires ou encore des codes vestimentaires. Elle encadre la distance à respecter entre les corps des individus. Chaque culture indique à ses sujets comment se comporter, elle lui prescrit aussi comment être déviant ou délinquant. On peut retrouver dans ces prescriptions ce que W.-R. Bion (1961) nomme « mentalité de groupe », *c'est-à-dire des éléments bruts « anti-pensée », « anti-différenciation », « anti-élaboration psychique »*. Ces mécanismes archaïques (*idéalisation, projection, persécution, clivages freudien et kleinien*) ont une importance énorme dans l'ancrage identitaire culturel. ⁹¹

Enfin, la culture est dispensatrice de sens. L'être humain a besoin de pouvoir historiciser les choses du monde, de leur donner un sens destiné à calmer l'angoisse face aux mystères et aux

⁹⁰ PADUART, P. *Psychisme et culture*. Revue Belge de Psychanalyse N° 45, 2004, p. 8.

⁹¹ *Ibid.*

énigmes, ce grâce aux mythes, légendes, croyances, etc. Les mythes qu'on retrouve dans la métapsychologie freudienne qui renvoient aux universaux (Castration, Œdipe, séduction, rivalité, cannibalisme, scène primitive, etc.) se retrouvent dans chaque culture mais dans un récit spécifique propre à la culture. Selon R. Kaës (1998), « *les mythes constitutifs de chaque culture ont un rôle tropique très important sur la richesse et la souplesse du fonctionnement psychique. Ils étoffent le préconscient en représentations multiples, disponibles pour l'élaboration intrapsychique des conflits. Ce sont des « ressources de figurabilité pour faciliter la représentation des conflits intrapsychiques ».*

Toujours selon R. Kaës (1998), les mythes sont à considérés comme des objets transitionnels collectifs, partageable par l'ensemble d'un groupe culturel.

Nous retrouvons dans la définition de R. Kaës (1998) la culture comme fonction contenant (deuxième peau), notamment dans la phase adolescente dont les rites de passage mettent en scène les problèmes centraux de l'adolescence comme le renoncement à l'omnipotence infantile, à la bisexualité, l'Œdipe et parachèvent l'inscription dans une identité adulte culturée. Cette fonction contenant devrait permettre à l'adolescent de se dégager en partie d'identifications parentales en s'étayant sur l'enveloppe culturelle.

IV.1. Alliances et pactes inconscients

Ces alliances étaient sur des contenus inconscients, elles-mêmes inconscientes (collusion).

I-Pactes de renoncement à la satisfaction pulsionnelle directe : dans *Totem et Tabou* (1912) et dans *Malaise dans la Culture*, S. Freud (1929) rappelle les interdits sur la violence, le meurtre, l'inceste, certaines conduites sexuelles (viols). Ces comportements étaient autorisés envers ceux d'une autre culture mais proscrit entre les membres d'une même culture.

2-*Contrat narcissique* de P. Aulagnier (1975), le groupe assure une place, une identité au nouveau sujet qui doit s'engager à perpétuer les valeurs culturelles du groupe pour lui assurer sa continuité.⁹²

3-*Transmission transgénérationnelle du négatif*: selon R. Kaës (1998), « *il s'agit de la transmission de rejets, de scotomes, de dénis ou de désaveux. Les membres d'une même culture sont ainsi tous habités, aliénés par des « objets bruts », non ou mal psychisés, non ou mal transformés. Nous pouvons évoquer ici les « pactes dénégatifs » ou les « communautés de déni ».* Celles-ci impliquent des zones de non-séparation entre les membres du groupe (identifications projectives et narcissiques croisées) ». ⁹³

IV.2. La transmission de la culture

Selon G. Devereux (1956), la culture transmet des représentations du monde, de ses origines, des récits mythiques, des valeurs, des injonctions surmoïques (surmoi culturel), un choix des mécanismes de défense et un mode spécifique d'être déviant ou marginal ; également la transmission du négatif, trace de traumatismes collectifs inélaborables ou de deuils non métabolisés.

R. Kaës (1998), évoque deux modes de transmission culturelle :

-La transmission non élaborative (transmission traumatique) « *d'objets psychiques bruts », non psychisés, non élaborés (le préconscient étant court-circuité) dont l'incorporation entraîne la formation d'enclaves ou de cryptes pouvant faire retour sous forme d'hallucinations, de somatisations ou de délires partagés ».*

-La transmission transitionnelle, transformatrice, élaborative : « *les éléments transmis le sont sous une forme qui permet l'appropriation subjective de la culture par les individus ».* En résonance avec les notions clés de Winnicott : « trouvé - créé » ou d'espace transitionnel.

⁹² AULAGNIER, P. *La violence de l'interprétation du pictogramme à l'énoncé*. Paris : PUF, 1975.

⁹³ KAËS, R. *Différences culturelles et souffrances de l'Identité*. Paris : Dunod, 1998.

Selon S. Freud (1921), la transmission culturelle appelle à s'intéresser aux modes identificatoires mis à l'œuvre : identification primaire, secondaire, orale, adhésive, aliénante, magique, narcissique, projective, hystérique, introjective, pré- et post-œdipienne. Le sujet s'identifie non seulement aux objets mais également aux objets internes de ces objets, qui amènent au problème du Surmoi. Ainsi, dans *Malaise dans la Culture* (1929), S. Freud intègre au concept de Surmoi individuel celui de Surmoi culturel.

Dans son ouvrage, *Psychothérapie d'un Indien des Plaines*, G. Devereux (1951), évoque l'importance des identifications œdipiennes dans la structuration culturelle du psychisme. La culture se transmet bien avant même la naissance du bébé et durant la toute petite enfance : G. Devereux (1968) et M.-R. Moro (1998) ont montré que chaque culture avait sa conception de ce que pouvait être l'enfance et les soins à prodiguer. Chaque culture détermine sa conception des besoins, et les pratiques de puériculture sont codifiées (H. Storck, 1985). La culture influence donc la stabilité de l'enfant et sa conception du monde. Le bébé rencontre le monde au travers de la sensorialité : odeurs (corps de la mère, lait, cuisine, etc.), rythmes, sons, accents (bien avant l'acquisition du langage), règles de la proximité et de la distance que T. Nathan (1989) nomme « contenants formels ».

Selon R. Kaës (1998), chaque culture s'étaie sur deux différences majeures, la différence de générations et la différence de sexe. Chaque culture se veut universelle mais oublie de penser à une troisième différence, la différence culturelle, qui fait de la rencontre interculturelle un choc traumatique.⁹⁴

IV.3. Les effets de la croyance dans le cas d'un traumatisme

D. Winnicott (1986), distingue trois « vies » : « celle dans le monde avec les relations interpersonnelles, celle de la réalité psychique personnelle, et la troisième, constituée de

⁹⁴ PADUART, P. *Psychisme et culture*. Revue Belge de Psychanalyse N° 45, 2004.

*l'expérience culturelle, commence avec le jeu dans l'espace potentiel entre un enfant et sa mère et conduit à tout ce qui fait l'héritage de l'homme ».*⁹⁵

À la suite de violences destructrices ou à la perte totale de la personne avec laquelle le sujet est lié, cette aire de vie apparaît tout particulièrement entre soi et le monde extérieur.

Dans le traumatisme, le sujet rencontre un réel auquel il ne peut donner sens. Les blessés, pour se reconstruire, doivent mettre à distance leurs blessures. Comment se libérer de blessures infligées par autrui ?

« Si les blessures psychiques ont par définition touché l'âme, c'est dans l'âme que s'opérera également la réparation ».⁹⁶

Face à la souffrance, chacun cherche les solutions pour faire face et surmonter les épreuves.

Ainsi, la plupart des humains ont le réflexe naturel de demander de l'aide à Dieu lorsque leur vie ou la vie de leurs proches est menacée ou lorsqu'elles traversent des moments très difficiles. La souffrance serait même, dans certains cas, un chemin pour parvenir à la foi et à la découverte de Dieu.

On se pose alors les questions suivantes :

Quel est l'effet de la prière sur la vie psychique ? Quel est le rôle de la croyance face à une situation si déstabilisante telle que le traumatisme psychique ?

La religion, qui selon différentes études apporterait un sens à la vie, aurait un effet sur le psychisme.

J.-S. Levin (1993) a cherché à comprendre les types de corrélations existant entre comportement spirituel et santé (G.-N. Fischer, 2003). À partir de l'analyse de 250 documents relatifs à l'un ou l'autre aspect de cette question, il a dégagé plusieurs données :

- 1- Le fait que l'engagement spirituel a un effet protecteur sur la santé et ceci quel que soit le sexe, la race ou l'ethnie, la nationalité, l'âge ou la classe sociale des personnes concernées ;
- 2- Cet effet n'est pas lié à une appartenance religieuse particulière ; que l'on soit protestant, catholique, juif, bouddhiste, musulman ou zoulou, il joue dans tous les cas un rôle si l'engagement est réel.

⁹⁵ WINNICOTT, D. *Conversations ordinaires*. Paris : Gallimard, 1986.

⁹⁶ FISCHER, G.-N. *Les blessures psychiques*, 2003, p. 235.

Il ressort de son étude qu'une conviction spirituelle, métaphysique ou religieuse a une efficacité psychologique qui favorise la paix intérieure, la confiance en soi et donne un sens à la vie.⁹⁷

L'encyclopédie Wiktionary définit la religion *comme étant un système de représentation du monde et de croyances reliant les hommes entre eux au sein de leurs communautés et les reliant à leur environnement naturel, fondé sur l'existence de forces inconnues appelées aussi Dieu(x) qui leur ont donné naissance, qui dirigent leur vie et qui prennent en charge leur conscience après la mort.*

L'anthropologue américain C. Geertz (1973), dans son article « *La religion comme système culturel* », p. 23, définit la religion « *comme un système de symboles, qui permettent d'établir des humeurs et des motivations puissantes, répandues et durables chez les hommes, par la formulation de conceptions d'un ordre général de l'existence, et en entourant ces conceptions avec une telle aura de factualité que les humeurs et les motivations semblent singulièrement réalistes* ».

La prière adressée à Dieu permet à certains de survivre en ne succombant pas au désespoir qui les aurait tués « *une des forces invisibles agissant au fond de l'âme blessée, c'est la prière* » (G.-N. Fischer, 2003).

En effet, le blessé, pour moins souffrir et pour se libérer de son malheur s'oriente vers la prière, vers Dieu, se jette dans les mains du tout miséricordieux, vide ce que il a dans son cœur plein de désarroi, de plaintes, d'oppression, d'injustice. À travers la prière, il exprime son besoin de protection, de soutien, de pardon, de lumière, de guérison et de miséricorde.

En tant qu'activité mentale, la prière démontre la capacité du psychisme à s'extraire de la pesanteur de la réalité dans laquelle le sujet est plongé. Autrement dit, le sujet n'est pas entièrement déterminé par les contingences du temps et de l'espace ; la prière s'exprime comme une force propre au psychisme humain ; celle-ci paraît influencer efficacement sur le maintien et le développement d'un « *fighting spirit* », facteur important pour le rétablissement psychologique (G.-N. Fischer, 2003).

La prière apparait comme une activité psychique qui constitue une source d'apaisement dans les épreuves difficiles, notamment celle de la mort.

La foi peut être considérée comme une forme d'attachement à un « autre » : Dieu.⁹⁸

⁹⁷ FISCHER, G.-N. *Les blessures psychiques*, 2003, p. 244.

S. Freud (1913) dans *Totem et Tabou* voit la religion comme l'expression d'un sentiment de culpabilité vis-à-vis du Père et comme l'origine des interdits (sexuels et alimentaires). En 1927, S. Freud publie *L'avenir d'une illusion* dans laquelle il analyse la religion comme une forme de régression de l'adulte vers les émotions de l'enfance. La soumission des hommes envers Dieu est comme celle du petit enfant envers ses parents. Face aux épreuves de la vie, il se sent démuni et en appelle à une figure paternelle idéale, censée lui apporter soutien et affection.⁹⁹

Pour W. James (1902), la religion est utile pour affronter les problèmes de la vie.

« Les religions rendent-elles heureux ? Une des questions que se posait W. James (1902) concerne le lien entre religion et bien-être. Pour lui, il ne faisait pas de doute qu'une de ses fonctions majeures était d'apporter paix et sérénité face aux épreuves de la vie ». ¹⁰⁰

En effet, la foi permet d'accepter qu'une chose arrive de travers et de l'interpréter dans un sens qui soit bon.

Une grande étude, portant sur plus de 160 000 sujets, montre que parmi les pratiquants qui vont à la messe toutes les semaines, 85 % se déclarent « très satisfaits » de la vie, alors que ce pourcentage tombe à 77 % parmi ceux qui ne vont jamais à l'église. Les psychologues avancent trois types de facteurs qui expliquent le lien entre le bien-être et la religion :

-Le support social : l'adhésion religieuse n'est pas qu'un phénomène de croyance individuelle, mais implique aussi l'intégration à des groupes de croyants et pratiquants qui apportent un soutien psychologique et social.

-Un sens à sa vie : le bonheur et le bien-être augmentent quand notre vie possède un sens, une finalité, une raison d'être. Beaucoup de gens trouvent cela dans la religion.

-Les expériences religieuses : la religion offre aussi des expériences émotionnelles (par exemple, le sentiment d'être en communication avec Dieu) qui apportent à l'individu un vif sentiment de plaisir et de valeur personnelle.¹⁰¹

Mémoire traumatique, La clinique du traumatisme décrit une mémoire particulière. Quel rapport relie le trauma à la mémoire ?

⁹⁸ JACQUARD, A., BELLET, M., SIBONY, D. *Reprendre goût à la vie, comment ?* Les éditions de l'Atelier, 2005, p. 32.

⁹⁹ DORTIER, J.-F. *D'où vient le besoin de croire ?* Sciences Humaines, 2012.

¹⁰⁰ DORTIER, J.-F. *Pourquoi croit-on en Dieu ?*, 2011.

¹⁰¹ *Ibid.*

V. La mémoire

La mémoire est la base de la transmission : « *sans mémoire plus de contrat, d'alliance ou de convention possible, plus de fidélité, plus de promesses, plus de lien social et donc, plus de société, plus d'identité individuelle ou collective, plus de savoir, tout est confondu et est condamné à périr* »¹⁰².

Seule la mémoire permet de relier ce que nous avons été et ce que nous sommes avec ce que nous deviendrons.¹⁰³

La pensée et la mémoire sont des compétences qui ne sont possibles que grâce à des interactions sociales et culturelles. Celles-ci vont permettre l'établissement et le partage de connaissances, de croyances, de conventions, de compréhension des représentations, d'élaboration et de confrontation de raisonnements, de transmission d'émotions et de sentiments. Outre leurs fonctions apparentes, les interactions interviennent sur l'appareil psychique. Elles sont ainsi à l'origine de la censure et du refoulement de certaines pensées ou souvenirs. Dans tous les cas, les réactions humaines, et par conséquent pensée et mémoire, s'organisent en fonction de la présence de l'autre (groupe ou individu).

V.1. Aspects cognitifs de la mémoire

La mémoire est conçue comme un système de traitement de l'information avec la capacité de recevoir des informations, de les fixer et de les retrouver quand nous le demandons. L'une des approches (multi-systèmes) subdivise la mémoire sur la dimension temporelle du maintien de l'information et sur la capacité de stockage. Cette conception distingue des systèmes de mémoire sensorielle (iconique, échoïque, etc.), mémoire à court terme et mémoire à long

¹⁰² CANDAU, J. *Anthropologie de la mémoire*. Paris : Presses universitaires de France, 1996, p. 4.

¹⁰³ COMET, G., LEJEUNE, A., MAURY-ROUAN, C. *Mémoire individuelle, mémoire collective et histoire*. Bruxelles : De Boeck, 2008, p. 76.

terme. Alors que les deux premières ne peuvent stocker qu'une petite quantité d'informations pendant une courte période, la seconde est de capacité illimitée. Ainsi, la mémoire à long terme représente le passé, elle permet la conservation prolongée d'informations qui ne sont plus présentes dans notre environnement. Elle est le lieu de conservation durable de notre histoire. Elle permet de façon prospective de structurer, au moins en partie, le futur.

V.2. Approche psychanalytique de la mémoire

S. Freud (1923) a montré qu'il existe « des tremblements de mémoire dont les secousses peuvent être psychologiquement aussi dévastatrices que l'est géologiquement un tremblement de terre ». Cela est dû au fait que le sujet contient certaines surrections mnésiques. L'amnésie infantile est ainsi expliquée par un refoulement originaire des expériences des premiers mois de la vie pour des raisons émotionnelles, refoulement dont il n'est d'ailleurs pas impossible que les bases soient neurobiologiques.

D'une manière générale, lorsque le Moi se sent menacé par le souvenir de certains événements traumatiques, pénibles ou dangereux, il met en place des mécanismes de défense consistant à les refouler. Le refoulement peut être lié à une forme d'oubli pouvant se traduire par un filtrage mémoriel, sous forme de réminiscences sélectives ou adaptives, à l'inhibition voire à la censure totale. Dans tous les cas, des « souvenirs écrans » (rétrogrades, anticipants, contemporains) ou « souvenirs indifférents » se substituent aux souvenirs refoulés. Ils s'interposent entre le sujet et un réel pour lui intolérable, pénible ou tout simplement préoccupant. Comme le rêve, les lapsus, ces souvenirs substitutifs sont une manifestation de la censure en même temps que le signe de son affaiblissement. La mémoire ne pourra s'exprimer que lorsqu'une situation particulière – par exemple la cure psychanalytique – contribuera au relâchement ou à l'abandon des mécanismes réactionnels de protection du Moi (abréaction du souvenir, catharsis), provoquant alors l'abandon des symptômes pathologiques. Les forces d'inhibition cèdent aux assauts répétés de ce travail de mémoire particulier qu'est l'analyse, permettant ainsi au sujet de se libérer de certaines déterminations inconscientes et de se réappropriier son histoire personnelle. Dans la même lignée, J. Lacan (1938) disait : « ce

que nous apprenons au sujet à reconnaître comme son inconscient, c'est son histoire, c'est-à-dire que nous l'aidons à parfaire l'historisation actuelle des faits qui ont déterminé déjà dans son existence un certain nombre de « journalisés » historique. Mais s'ils ont eu ce rôle, c'est déjà en tant que faits d'histoire, c'est-à-dire en tant que reconnus dans un certain sens ou censurés dans un certain ordre » (S. Lebovici, 1988). L'histoire de tout un chacun s'ancre au sein de la famille et se construit sur une mémoire familiale.¹⁰⁴

La mémoire familiale est avant tout une histoire personnelle et sa reconstruction. Chacun de nous donne sens à sa manière à l'histoire familiale qui lui est contée. Ce sens est remanié et revu en fonction des événements et des situations que nous vivons. Il y a ainsi, tout au long de la vie, une construction - déconstruction - reconstruction de son histoire. Cela plus ou moins volontairement et bien entendu plus ou moins consciemment. Au-delà des rapports que chacun entretient avec son histoire propre s'inscrivent également les mouvements de continuité et de rupture dans l'histoire des familles, dans les formes de transmission et dans les contenus de l'héritage. Les liens familiaux interviennent dans la redéfinition et la recomposition. Ils animent la succession des générations et participent au « renouvellement » de l'histoire individuelle. On peut distinguer trois fonctions principales de la mémoire familiale, chacune contribuant à préciser le mode d'affiliation d'un individu à son passé :

-Une fonction de transmission, s'inscrivant dans la continuité d'une histoire familiale et s'attachant à en perpétuer les particularismes.

-Une fonction de reviviscence liée à l'expérience affective et au vécu personnel.

-Une fonction de réflexivité, tournée vers une évaluation critique de sa destinée (A. Muxel, 2008).¹⁰⁵

La première organise le désir d'une transmission. « La mémoire est mobilisée pour restituer l'histoire de l'individu dans l'ensemble des liens généalogiques et symboliques qui l'unissent aux autres membres d'une famille à laquelle il a conscience d'appartenir » (A. Muxel, 1994).¹⁰⁶ Elle met en scène le sujet dans un « nous », s'énonce à partir d'autres, ancêtres ou contemporains, vivants ou morts. Elle évoque les souvenirs ou les traditions d'une mythologie familiale, s'étant imposés au cours du temps long de l'existence d'un groupe familial, et par la

¹⁰⁴ LÉBOVICI, S. *Interaction fantasmique et transmission transgénérationnelle*. Paris : Eshel, 1988.

¹⁰⁵ MUXEL, A. *La mémoire familiale, un passé devant soi ?* 2008.

¹⁰⁶ VINCENT, S. *Le rôle du jouet dans la mémoire familiale ou comment les jouets finissent-ils leur vie ?* Publié dans Dialogue 2001/4 (N° 154), éditeur Érès.

volonté de perpétuation d'un certain nombre d'attributs d'une identité propre à celui-ci. Un test de loyauté et d'obstination, constituant le lit d'une mémoire collective, et donc d'une norme plus ou moins commune à ses membres. Cette mémoire familiale s'exprime alors dans la chaîne des générations, déborde du cadre restreint d'une existence singulière, pour rassembler, reproduire, répéter.¹⁰⁷ Cette forme de mémoire obéit à un impératif de transmission, non pas seulement parce qu'elle impose un devoir de mémoire, mais aussi parce que quelque chose de l'identité propre du sujet en dépend (A. Muxel, 1996).¹⁰⁸

L'appartenance et la différenciation constituent ainsi la double négociation identitaire qui entre en jeu.

Dans sa fonction de transmission, la mémoire familiale mobilise des mémoires de ralliement, sinon à une norme collective, en tout cas à une même appartenance (A. Muxel, 2008).¹⁰⁹

Elles ont en commun l'intériorisation d'un « nous » et la restitution de ce « nous » dans une antériorité.

- Le besoin de transmettre donne aux individus et aux groupes les moyens de créer un lien généalogique qui permet à chacun de se situer dans un repère spatial et temporel capable de soutenir et de donner à son individualité les dimensions nécessaires de ses appartenances.
- Les souvenirs sont organisés pour créer une mythologie familiale qui ne peut se révéler que dans des contextes qui donneront un sens à son expression.

La mémoire familiale est donc d'une importance capitale dans la construction de l'identité. Mais qu'en est-il lorsque celui-ci est extrait de son environnement social et culturel d'origine ? Autrement dit, que se passe-t-il lorsque l'individu vit une situation d'exil ?

En exil, la mémoire familiale est soumise aux aléas des ruptures des repères, les pertes des symboles ont d'autant plus d'effets que les individus vivent des migrations où il est difficile de retrouver les points d'appui d'une reconstitution de la mémoire.

La famille, groupe formateur par excellence (G.-N. Fischer, 1990), est le lieu où se constitue le lien social et se produisent les intériorisations successives qui donneront leurs empreintes aux conduites du sujet. Cela souligne toute l'importance d'une transmission de la mémoire

¹⁰⁷ ATZENHOFER, R. *Écrire l'amour kitsch: approches narratologiques de l'œuvre romanesque de Hedwig Courths-Mahler (1867-1950)*. Éditions Peter Lang, 2005, p. 143.

¹⁰⁸ MONTGOMERY, C. *Renégocier les statuts minoritaires en contexte d'immigration : étude de cas de familles berbères vivant à Montréal*. Publié dans *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire* Vol. 16, N° 2, 2010, p. 146-174.

¹⁰⁹ MUXEL, A. *La mémoire familiale, un passé devant soi ?* 2008.

familiale qui soutient le développement de l'individu et sa quête de reconnaissance d'une identité soumise aux tiraillements de l'exil. C'est dans cette articulation entre mémoire familiale et mémoire individuelle que réside la compréhension des processus d'adaptation ou d'inadaptation. C'est au sein de la famille que se décident les modèles sociaux à privilégier et se construisent les cadres de pensée qui serviront plus tard à structurer le champ des représentations et les projets. La mémoire est donc inscrite dans le désir de se référer à une norme partagée. Elle sert alors une mémoire référentielle (A. Muxel, 1996) qui permet de mieux se situer par rapport au présent ; elle devient ainsi le repère pour reconstruire le présent. C'est elle qui va servir de cadre aux pratiques éducatives pour réactiver des systèmes de valeurs et des pratiques comportementales que l'on veut conserver par-delà les changements de l'environnement. C'est par rapport à cette mémoire référentielle que seront évaluées les pertes, les échecs, les réussites.

L'émigration, l'exil, créent dans les mémoires familiales des discontinuités résultantes de multiples absences et d'oublis successifs. Cet état favorisera le devenir d'une mémoire mythique qui nourrira la ritualisation et la fétichisation des souvenirs. Le mythe, fondateur de l'appartenance et de la reconnaissance, institue l'ordre. La famille produit la loi qui sera perpétuée par la mémoire familiale dans un mouvement unissant les membres du groupe familial entre eux. En situation d'exil, la mémoire va servir à évaluer les trajectoires de vie. Elle devient le miroir qui fournit les indices de l'interprétation et de l'argumentation d'un aboutissement du présent. Réapparaissent alors les manques douloureux, les événements encombrants, les dettes du reniement et de l'oubli ; tous ces éléments qui produisent la culpabilité et le regret.

Ainsi, toute histoire est à la fois une construction individuelle et sociale, en particulier familiale. Cette reconstruction s'appuie sur le sens attribué à des situations et aux souvenirs que nous avons de celles-ci. Les souvenirs peuvent dès lors être pensés comme « une élaboration romancée du passé, tissée d'affects ou de fantasmes, dont la valeur, essentiellement subjective, s'établit à la mesure des besoins et désirs présents du sujet. Le souvenir ne peut donc être reçu comme un témoignage fidèle du passé » (J. Candau, 1996). Il ne peut donc être question de mémoire sans parler de souvenirs et d'oublis.

V.3. Mémoire et oubli

« La mémoire est toujours mise au service de l'action présente » (H. Bergson, 1939).¹¹⁰ Dans l'évocation du souvenir, passé et présent « arrivent au contact l'un de l'autre ». Les souvenirs convoqués permettent de retrouver l'immédiateté du passé sans la médiation introduite par la durée.¹¹¹ Parce qu'ils sont une forme d'annulation du temps, ils opèrent une certaine magie. En projetant l'individu dans son passé, ils permettent de retrouver une expérience fondatrice, de retrouver une même émotion. Le jaillissement des souvenirs opère une résurrection du passé. Cette reviviscence organise une remontée, par des voies moins cognitives qu'émotionnelles et affectives, dans un espace antérieur personnel.

Si le souvenir est lié à l'affect, il semblerait que nous ayons tendance à privilégier l'émotion agréable et à nous remémorer plus facilement les « bons souvenirs ». C'est là qu'intervient la nostalgie. Cette empreinte sentimentale, en remodelant notre mémoire avec des éléments qui n'ont rien à voir avec la réalité du souvenir, facilite la reconstitution du passé (A. Rey, 1990).¹¹²

Dans l'expérience mnésique, passé et présent peuvent aller jusqu'à se confondre. Même si elle n'est faite que de bribes et de fragments épars la mémoire a néanmoins une trame. Elle est une sorte de tissu d'enfance qui vient envelopper et recouvrir les rêveries passées tout autant que la réalité présente. Cet équilibre dynamique entre mémoire et oubli se développe et se transforme selon un axe vertical (au travers des générations successives) et selon un axe horizontal qui relie la micro culture familiale à son écosystème socioculturel plus vaste. Ce double axe de la transmission généalogique et transversale organise la mémoire familiale. C'est la mémoire familiale qui sélectionne les savoirs, privilégie certains souvenirs qui défendent les valeurs autorisées, dynamise des croyances et en occulte d'autres, maintient ou abolit des traditions ou rites grâce en particulier à ceux qui font fonction de passeurs de mémoire (comme papi, mamie, tonton, etc.). C'est-à-dire que cette mémoire communautaire est en relation dialectique avec la logique de la famille, avec son modèle organisationnel. Elle est de plus à l'origine de la construction identitaire de l'individu. Mémoire et identité sont par conséquent deux notions liées.

¹¹⁰ BERGSON, H. *Matière et mémoire*. Paris : Quadrige, 1939.

¹¹¹ BERGSON, H. *L'évolution créatrice (1907)*. Paris : Presses universitaires de France, 1984.

¹¹² GENEST-CHENE, Y. *André Rey, psychologue scientifique : les théories passent, les faits demeurent*. Éd : des sentiers, 1990.

Il ne peut y avoir d'identité sans mémoire car, seule, cette faculté permet la conscience de soi dans la durée.¹¹³

C'est grâce à une forme particulière de la mémoire déclarative, la mémoire épisodique ou souvenir des événements passés, que le sujet a le sentiment de la continuité temporelle, de la durée et de la continuation de son état. L'amnésie profonde du sujet est le plus souvent accompagnée d'une perte d'identité personnelle et, bien entendu, des souvenirs autobiographiques sur lesquels s'appuie la construction de cette identité. La mémoire n'est donc rien d'autre que le nom donné à cette faculté constituante de l'identité personnelle qui permet au sujet de se penser identique dans le temps. « Inversement, il ne peut y avoir de mémoire sans identité, car la mise en relation des états successifs que connaît le sujet est impossible si celui-ci n'a pas a priori conscience que cet enchaînement de séquences temporel peut avoir une signification pour lui ».¹¹⁴

Tout individu apprivoise le passé mais surtout il se l'approprie, se l'incorpore et le marque de son empreinte (J. Candau, 1996). Mais que se passe-t-il lorsque l'individu est blessé, traumatisé ?¹¹⁵

V.4. Mémoire et trauma

Les traumatisés sont prisonniers de leur traumatisme, ils revivent sans cesse la scène traumatique sous plusieurs formes de reviviscence diurnes, cauchemars, souvenirs intrusifs du traumatisme, etc. Ce syndrome de répétition est l'un des éléments cliniques qui caractérise l'état de stress post-traumatique. La mémoire traumatique envahit la vie psychique. « La mémoire traumatique est une mémoire d'images, par opposition à la remémoration, qui est une reconstruction à partir de mots. En outre, cette hypermnésie est pathologique, pénible : elle fait souffrir le patient et elle perturbe son existence, s'imposant obstinément à son esprit, jusqu'à le harceler ».¹¹⁶

¹¹³ DAHAN-GAIDA, L. *Transmission des savoirs et reconfiguration des identités*. ISSN 2107-6537, p. 15.

¹¹⁴ *Ibid.*

¹¹⁵ CANDAU, J. *Anthropologie de la mémoire*. Paris : Armand Colin, 1996, p. 115.

¹¹⁶ CROCQ, L. *16 leçons sur le trauma*, 2012, p. 148

Les troubles de la mémoire sont au centre de la symptomatologie de syndromes psycho-traumatiques.

Sur le plan cognitif, l'existence d'une perturbation de la mémoire autobiographique semble au cœur de ce syndrome : le sujet reste fixé à l'évènement traumatique sans pouvoir envisager le futur.

Selon L. Crocq (1999), ces perturbations sont de deux sortes : l'hypermnésie (mémoire exacerbée) de l'expérience traumatique et l'amnésie, partielle ou totale, de cette même expérience.

1-L'hypermnésie (mémoire exacerbée) de l'expérience traumatique. Il s'agit d'une hypermnésie par la précision de ses détails. Le souvenir traumatique est trop accessible, activé en permanence, et difficile à supprimer. L'image traumatique ne pourra se constituer en souvenir. Pour P. Janet (1919) et ses héritiers (cité par E. Josse), les amnésies traumatiques sont composées d'éprouvés physiologiques, d'impressions sensorielles et de mouvements variés ainsi que de vécus affectifs et cognitifs (pensées, idées) partiels ou désintégrés. Ces aspects fragmentés de l'expérience ne permettraient pas à un réel souvenir de s'élaborer et de s'intégrer dans la biographie de la victime.¹¹⁷

2-L'amnésie, partielle ou totale, de cette même expérience. La même victime peut à la fois manifester des amnésies (partielles ou totales) ou des hypermnésies. On observe des amnésies sélectives portant sur tout ou partie du moment traumatique et s'étendant parfois à d'autres époques de la vie du patient.

L. Crocq (1999) ajoute que « *l'évitement est aussi une forme d'hypermnésie sélective, puisque vouloir éviter quelque chose c'est y penser sans cesse. A l'opposé, l'amnésie, ou défaillance de la mémoire, peut jouer comme déni de l'expérience traumatique (amnésie systématique) ou comme refoulement de cette expérience pénible hors de la conscience, quitte à laisser en surface un symptôme conversif, « pierre tombale » énigmatique. Il peut se produire aussi des amnésies rétrogrades ou antérogrades, portant sur une portion de la vie ou sur toute la destinée, résultant de la dissociation face au trauma* ». ¹¹⁸

¹¹⁷ JOSSE, E. *Métaphore et traumatisme psychique*, 2013, p. 12.

¹¹⁸ CROCQ, L. *16 leçons sur le trauma*, 2012, Odile Jacob, p. 159.

Selon F. Sironi (1999), les troubles de la mémoire sont caractérisés par les éléments suivants :

- L'alternance et la double polarité. Par rapport à l'incident critique, les victimes peuvent à la fois manifester des amnésies (partielles ou totales) ou des hypermnésies (hyper-mémoire d'un élément signifiant de l'expérience traumatique, généralement sensoriel). Un même individu peut présenter des amnésies et des hypermnésies de certains éléments d'un même événement.
- L'inversion paradoxale. Les patients oublient ce qu'ils voudraient garder en mémoire (les événements non traumatiques) et retiennent ce qu'ils voudraient oublier (les événements traumatiques).¹¹⁹

O. Cottencin (2006) indique que « dans le cas d'un évènement unique et récent (tel un attentat qui relève des évènements spécifiques), on constate plus souvent hypermnésie et reviviscences, alors que dans celui d'un évènement ancien et chronique (telle une maltraitance chronique dans l'enfance qui relève d'une période de vie), on constate plus souvent amnésie et répression ». ¹²⁰

Les blessures psychiques sont un obstacle dans le travail de mémoire. Sur le plan cognitif, l'ESPT serait une « maladie du souvenir », certains, déclenchés trop facilement, voire de manière involontaire et indésirable, donnent lieu à des symptômes intrusifs, d'autres, chroniques, restent inaccessibles et amnésiés.

¹¹⁹ SIRONI, F. *Bourreaux et victimes. Psychologie de la torture*. Paris : éditions Odile Jacob, 1999.

¹²⁰ COTTENCIN, O. *Mémoire autobiographique et trauma*, 2006.

VI. Le concept d'enveloppe psychique

S. Freud (1920) a été l'un des premiers à évoquer le terme d'enveloppe que nous retrouvons dans l'extrait suivant : *« ce que la conscience nous livre consiste essentiellement en perceptions d'excitations venant du monde extérieur et en sensations de plaisir et de déplaisir qui ne peuvent provenir que de l'intérieur de l'appareil psychique ; de ce fait on peut attribuer au système PC-CS une situation spatiale. Ce système doit se trouver à la frontière de l'extérieur et de l'intérieur, être tourné vers le monde extérieur et envelopper les autres systèmes psychiques »*¹²¹ : la fonction contenante.

VI.1. L'enveloppe psychique

Plus tard, D. Anzieu (1966), développe un concept général qu'il nomme « enveloppe psychique ». Ainsi, il peut intégrer et synthétiser les apports psychanalytiques antérieurs restés fragmentaires : image du corps, relation contenant-contenu, peau psychique. Il faut noter que l'enveloppe psychique comprend deux couches différentes dans leur structure et leur fonction :

-La couche la plus externe, la plus durcie, la plus périphérique, est tournée vers le monde extérieur. Elle fait écran aux stimulations externes. C'est le pare-excitation.

-La couche interne, plus mince, plus souple, plus sensible à une fonction réceptrice. Elle perçoit des indices, des signaux et permet l'inscription des traces. Il s'agit donc d'une pellicule et d'une interface : une pellicule fragile à double face, l'une tournée vers le monde

¹²¹ FREUD, S. *Au-delà du principe de plaisir*, 1920, p. 65.

extérieur, l'autre vers le monde intérieur, une interface séparant donc ces deux mondes en les mettant en relation (D. Anzieu, 1990).¹²²

L'enveloppe psychique possède donc plusieurs fonctions :

- Une fonction de contenance interne qui évite l'éparpillement de ces objets.
- Une fonction de pare excitation de l'enveloppe.
- Une frontière délimitant le monde interne du monde perceptif.
- Une double connexion avec le monde interne et le monde externe.
- Une différenciation de la surface du psychisme au contact du monde extérieur.¹²³

Selon J. Doron (1987), « *l'enveloppe psychique peut être assimilée à une membrane souple qui dans une première fonction différencie les domaines du dedans et du dehors tout en permettant des échanges entre ces espaces. La souplesse de cette limite est analogue à celle de la peau, elle permet de rendre compte d'une certaine plasticité d'un fonctionnement psychique* ». ¹²⁴

Dans le cadre d'une relation sécurisante, lorsque l'enfant intériorise une mère « suffisamment bonne » (D. Winnicott, 1962), c'est le self, enveloppe du moi, qui assure son identité, la continuité du sentiment d'exister, qui le protège et qui prend soin de lui, « le soi » reproduit avec le moi la relation contenant contenu exercée par la mère à l'égard des émois et des fantasmes de l'enfant.¹²⁵

Il peut alors développer une enveloppe psychique contenant des contenus psychiques.

« *L'enveloppe psychique détermine un espace intérieur. Elle est comme un contenant de tout ce qui se passe au-dedans de soi. Elle peut être solide, perméable, inefficace, trouée, excessive comme une forteresse. C'est la capacité de l'être humain à se concevoir comme une entité vivante, capable de pensée, de réflexion, et d'intimité, capable de contenir en soi des sentiments, des émotions, de différer des désirs tout en les gardant vivants. Cette enveloppe psychique est garante de l'existence d'un espace intérieur. Cet espace intérieur est plus ou moins conscient, plus ou moins riche. Il est possible d'aider les personnes à enrichir, à développer leur espace intérieur* ». ¹²⁶

¹²² MESPOULET, A. *Contes et contenance*, « l'Atelier conte à visée thérapeutique ». Université de Toulouse le Mirail, 2001-2002.

¹²³ ANZIEU, D., HOUZEL, D., DORON, J. et al. *Les enveloppes psychiques*. Paris : Dunod, 1987, p. 71.

¹²⁴ *Ibid.*, p. 5.

¹²⁵ Article Cours 5 : *Autonomisation, enveloppes psychiques et ancrage symbolique du corps*.

¹²⁶ Article : *Fonction contenant et enveloppe psychique*. Ergopsy, 2015.

Dans sa relation avec sa mère, l'enfant fait l'expérience de différents types d'enveloppes corporelles : enveloppes tactiles de douceur, de chaleur, enveloppes sonores, visuelles, olfactives. Introjectées, elles constituent l'enveloppe psychique.¹²⁷

Les processus de maturation permettent la structuration du Moi, le développement affectif, la constitution du self.¹²⁸

Le psychisme acquiert ainsi une structure en « enveloppes emboîtées », il devient autonome en combinant les fonctions des différentes instances.¹²⁹

Les fonctions de l'enveloppe psychique décrites sont à l'œuvre dans le groupe qui permet de contenir, d'agir en tant que pare-excitation et de poser une limite entre le dedans et le dehors.

VI.2. Le Moi-peau

D. Anzieu (1966), à propos du Moi Peau : « *par Moi-peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même, comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps* »¹³⁰.

Il définit ainsi le concept du Moi-peau. L'idée de « holding » de D. Winnicott prend ici toute son importance, il s'agit de la première relation mère-enfant. En effet, le soin apporté par la mère joue un rôle important dans la structuration des expériences psychiques :

« *Le Moi-peau apparaît tout d'abord comme un concept opératoire précisant l'étayage du Moi sur la peau et impliquant une homologie entre les fonctions du moi et celles de notre enveloppe corporelle (limiter, contenir, protéger). Considérer que le moi, comme la peau, se*

¹²⁷ REY, B. *Modelage et psychose : de la matière brute à sa mise en forme. Sensorialité, travail de l'archaïque et symbolisation*, « L'appareil psychique groupal : de l'enveloppe psychique individuelle à l'enveloppe psychique groupale ». Université Lumière Lyon 2, 2010, p. 42.

¹²⁸ WINNICOTT, D. *La relation précoce mère-enfant*, quelques concepts.

¹²⁹ Article Cours 5 : *Autonomisation, enveloppes psychiques et ancrage symbolique du corps*, p. 19.

¹³⁰ ANZIEU, D. *Le Moi-peau*, 1966, p. 86.

*structure en une interface, permet ainsi d'enrichir les notions de "frontière", de "limite", de "contenant" ».*¹³¹

Le Moi-peau est donc une interface entre le dedans et le dehors, qui protège des pulsions internes ou des agressions internes.¹³² « L'enfant se sent contenu dans une enveloppe qui l'unifie, qui le contient. L'extérieur ne peut pénétrer à l'intérieur sans être filtré : c'est la fonction pare-excitation ».¹³³ Les fonctions psychiques du Moi-peau s'étayent métaphoriquement sur les fonctions biologiques de la peau. L'enfant acquiert notamment la perception de sa peau, des limites de son corps, par le contact avec le corps de la mère dans le cadre d'une relation sécurisante.

Cet échange (entre mère et enfant) du plaisir et du déplaisir construit une forme contenant l'espace mental sur lequel apparaîtront les représentations hétérogènes d'affects et de cognition des pensées.

D. Anzieu associe le corps et la pensée. Le Moi-peau est la base de construction vers la subjectivation, un cheminement vers le « Moi-pensant ».

*« Le Moi-peau est une réalité fantasmatique, à la fois figurée dans les fantasmes, les rêves, le langage courant, les attitudes corporelles, les troubles de la pensée, et fournisseur de l'espace imaginaire constituant du fantasme, du rêve, de la réflexion de chaque organisation psychopathologique. Par Moi-peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques. L'instauration du Moi-peau répond au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base ».*¹³⁴

Selon J. Doron (1987), la principale différence entre les concepts de Moi-peau et d'enveloppe psychique est due au fait qu'il y a un rapport analogique avec l'objet représenté pour le Moi-peau, ce qui n'est pas forcément le cas pour l'enveloppe psychique.¹³⁵

¹³¹ ANZIEU, D. *Le Moi-peau*, 1966, p. 86.

¹³² ANZIEU, D., HOUZEL, D., DORON, J. et al. *Les enveloppes psychiques*. Paris : Dunod, 1987.

¹³³ LHOMME-RIGAUD, C., DESIR, P. Langue et migration. Recherches en psychanalyse 2005/2 (N° 4), éditeur : Association Recherches en psychanalyse.

¹³⁴ ANZIEU D., *Le Moi-peau*. Paris : Dunod, 1985, p. 4.

¹³⁵ ANZIEU, D., HOUZEL, D., DORON, J. et al. *Les enveloppes psychiques*. Paris : Dunod, 1987, p. 5.

Le Moi-peau a plusieurs fonctions, D. Anzieu lui en attribue huit :

-Fonction de maintenance du psychisme. « *De même que la peau remplit une fonction de soutien du squelette et des muscles, de même le Moi-peau remplit une fonction de maintenance du psychisme. La fonction biologique est exercée par ce que D. Winnicott (1962) a appelé le holding, c'est-à-dire par la façon dont la mère soutient le corps du bébé* » (D. Anzieu, 1985).¹³⁶ Il s'agit bien en réalité de ce qui soutient la personne, de ce qui lui offre un bagage lui permettant de se construire.

-Fonction de contenance (exercé par *handling* (soin) maternel). Comme la peau entoure le squelette et couvre le corps, comme la mère soutient l'enfant, une enveloppe contient et protège le Moi. Le Moi-peau comme représentation psychique permet les jeux entre le corps de la mère et celui de l'enfant et leurs sensations respectives. Ceci a une fonction de marquage de la limite entre le dedans et le dehors : « *le Moi-peau est figuré comme écorce, le ça pulsionnel comme noyau, chacun des deux termes ayant besoin de l'autre* » (D. Anzieu, 1985).

À la carence de cette fonction deux angoisses apparaissent : certaines peuvent être en lien avec une excitation pulsionnelle diffuse, traduit une topographie psychique constituée d'un noyau sans écorce ; le sujet cherche une écorce substitutive dans la douleur physique ou dans l'angoisse psychique (il s'enveloppe dans la souffrance). Le deuxième cas s'apparente au morcellement ou au vidage (Moi-peau passoire) : l'enveloppe existe, mais sa continuité est interrompue par des trous. C'est un Moi-peau passoire ; les pensées, les souvenirs sont difficilement conservés.¹³⁷

-Fonction protectrice, pare-excitation (S. Freud, 1920), devant les stimulations externes.

-Fonction d'individuation, le Moi-peau permet l'émergence du soi et l'unicité de l'individu.

-Fonction d'inter-sensorialité ou de correspondance des sens. « *Le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait*

¹³⁶ ANZIEU, D. *Le Moi-peau*, 1966, p. 121.

¹³⁷ *Ibid.*

ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile : c'est la fonction d'inter-sensorialité du Moi-Peau, qui aboutit à la constitution d'un « sens commun » (D. Anzieu, 1985).¹³⁸

-Fonction de soutien de l'excitation sexuelle ou de sexualisation. Selon D. Anzieu, Les contacts peau à peau avec la mère, les soins maternels préparent l'autoérotisme et le plaisir. Le Moi-peau capte sur toute sa surface l'investissement libidinal et devient une enveloppe d'excitation sexuelle. G. Lesoeurs, dans son analyse de l'ouvrage *Le Moi-Peau* de D. Anzieu (1985), indique que « *le Moi-peau exerçant la fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle assure une continuité entre les plaisirs auto-érotiques, les plaisirs narcissiques du Moi et les plaisirs intellectuels du penser* ».

-Fonction de recharge libidinale ou d'énergisation. Le Moi-peau sert de recharge libidinale du fonctionnement psychique.

-Fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles ou de signifiante. Selon D. Anzieu, le Moi-peau est le « parchemin originaire », lieu d'inscription et de trace des représentations des premiers signifiants, choses, mots et formations symboliques. « *Cette fonction est renforcée par l'environnement maternel dans la mesure où il remplit son rôle de « représentation de l'objet »* (D. Winnicott, 1962) auprès du tout-petit » D. Anzieu (1985).

D. Anzieu nous spécifie que ces huit fonctions du Moi-peau sont au service de la pulsion d'attachement, puis de la fonction libidinale.

De ces fonctions, le Moi dégage la possibilité d'établir des frontières en filtrant et en modulant les éléments qui lui parviennent, mais aussi en s'enrichissant de ces échanges en circulation.

L'autonomie du Moi, jamais complète ni définitive, passe par des paliers successifs.¹³⁹

D. Anzieu (1986) décrit les différents paliers par lesquels nous passons pour accéder à l'autonomie du Moi : l'enveloppe utérine, l'enveloppe maternant, l'enveloppe habitat, l'enveloppe narcissique, l'enveloppe individualisante imaginaire, l'enveloppe transitionnelle et l'enveloppe dite « tutélaire » (qui est l'acquisition du sentiment de continuité de soi).

¹³⁸ ANZIEU, D. *Le Moi-peau*, 1966, p. 127.

¹³⁹ Article Cours 5 : *Autonomisation, enveloppes psychiques et ancrage symbolique du corps*.

J. Doron (1987) pose la question suivante : « *que se passe-t-il lorsque cette limite se rigidifie, ou lorsqu'elle se déchire ? Peut-on fonctionner sans limites ? Est-ce que ces ruptures peuvent avoir des conséquences psychopathologiques ?* ».

Selon J. Doron, (1987), toute atteinte de l'enveloppe risque d'entraîner une confusion entre monde interne et monde externe mais aussi entre monde psychique et monde naturel.

En s'appuyant sur le Moi-peau, D. Anzieu (1986) proposera plus tard le concept d'enveloppe psychique groupale et de peau groupale, qui permet l'établissement d'un état psychique transindividuel.

Cette enveloppe groupale est composée de deux faces : l'une tournée vers l'extérieur, constituant ainsi une barrière protectrice contre les stimuli toxiques, l'autre tournée vers l'intérieur des sujets constituant le groupe. Ainsi, le soi groupal agit comme un contenant à l'intérieur duquel vont pouvoir se jouer les fantasmes et les identifications.

L'étude des formations fantasmatiques spécifiques des situations groupales met en évidence l'existence d'organiseurs groupales psychiques inconscients. Dans son ouvrage, « le groupe et l'inconscient », D. Anzieu (1981) décrit cinq organisateurs : le fantasme individuel, l'Imago, les fantasmes originaires, le complexe d'œdipe, l'imago du corps propre.

Il propose trois principes de fonctionnement psychique groupal :

- Indifférenciation de l'individu et du groupe.
- Principe d'autosuffisance du groupe.
- Principe de délimitation du dedans et du dehors.

D. Anzieu réfléchit sur le groupe et l'inconscient : le groupe est aussi une enveloppe narcissique collective, un objet libidinal, un Moi-idéal dont l'appareil psychique est participant. La peau de chacun constitue une frontière. Le groupe a une fonction de contenant pour les liens des membres d'un groupe ou d'une famille.¹⁴⁰

¹⁴⁰ LESOEURS, G. *Analyse de l'ouvrage Le Moi-Peau de D. Anzieu*, 1985.

VII. Les représentations psychiques

VII.1. Définition

D'un point de vue étymologique, le terme représentation vient du latin « *repraesentatio* » de « *repraesentare* » qui signifie « rendre présent une chose absente de notre champ perceptif ». La représentation apparaît d'abord comme une présentification : il s'agit de rendre quelque chose d'absent présent (penser à une chaise fait apparaître en esprit une chaise).

La représentation constitue l'un des thèmes anciens utilisés en philosophie ; sous l'angle du processus, elle s'y définit généralement comme « *l'acte par lequel un matériel concret est organisé en catégories ou « objets de pensée » ; sous l'angle du produit, elle y désigne les contenus de l'acte de pensée, qu'ils soient conscients ou non* ».

Inspiré par R. Descartes, le courant de la « *philosophie de la représentation* » met l'accent sur le représentant, qui est analysé comme une image mentale reproduisant une perception antérieure, en l'absence de toute activité sensorielle actuelle.¹⁴¹

Pour A. Schopenhauer (1819), le concept de la représentation est essentiel, traduit par sa célèbre phrase « *le monde est ma représentation* » qui illustre le postulat philosophique plus général selon lequel, pour un organisme vivant (et donc pour l'homme), toute expérience possible est imaginable, de même que toute connaissance, empirique ou rationnelle relève de la représentation.¹⁴²

¹⁴¹ BRONCKART, J.-P. *Dictionnaire de psychologie*, 1991, p. 625.

¹⁴² *Ibid.*

D'un point de vue épistémologique, la représentation est « l'acte *par lequel quelque chose est présent ou se présente à l'esprit et qui forme le contenu concret d'un objet de pensée* ». ¹⁴³

Dans ce sens, il y a l'idée de *mise en présence*. La représentation se définirait donc comme une idée qu'on pourrait se faire du monde et qu'on pourrait communiquer et présenter à l'autre comme par exemple à travers l'art, le graphisme, l'image, le théâtre et l'opéra, là où il y a la présence d'un public. Au théâtre, le spectateur vit dans la réalité des actions, les gestes et les paroles des acteurs lorsqu'ils jouent une pièce en public donnent une apparence concrète à des situations imaginaires impliquant le spectateur.

D'un point de vue symbolique, par la représentation, l'être humain produit et utilise des symboles. « *Il y a représentation lorsqu'un objet ou lorsque les éléments d'un ensemble d'objets sont exprimés, traduits ou figurés sous la forme d'un nouvel ensemble d'éléments, et qu'une correspondance systématique se trouve réalisée entre l'ensemble de départ et l'ensemble d'arrivée* » ¹⁴⁴, mettant ainsi en corrélation le représentatif et le représenté, corrélations qui, une fois faites, forment des systèmes de représentations. Elles deviendraient alors des valeurs, des symboles, des faits culturels spécifiques à une société.

Dans ce sens, la représentation peut être considérée « comme une façon d'organiser notre connaissance de la réalité, elle-même construite socialement. Une telle connaissance s'élabore à partir de nos propres codes d'interprétation, culturellement marqués, et elle constitue en ce sens un phénomène social en soi ». ¹⁴⁵

En psychologie, la représentation renvoie à la représentation mentale du monde extérieur en associant une perception à une idée, une catégorie de faits, une image mentale, un symbole ou un modèle explicatif. ¹⁴⁶

Selon G.-N. Fischer (1987), le terme de représentation désigne, dans un sens large, « *une activité mentale à travers laquelle on rend présent à l'esprit, au moyen d'une image, un objet ou un événement absent* ». ¹⁴⁷

¹⁴³ JACOB, A. *Dictionnaire : les notions philosophiques*. Paris : PUF, 1990, Tome 2.

¹⁴⁴ DENIS, M. *Image et Cognition*. Paris : PUF, 1989, p. 21.

¹⁴⁵ FISCHER, G.-N. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod, 2005, p. 129.

¹⁴⁶ Article tiré d'internet : *La mémoire, la représentation*. Blog IFPVPS, 2009.

Dans ce sens, la représentation suppose un travail de pensée et de remémoration.

En psychologie développementale, J. Piaget s'est intéressé à l'importance des représentations dans le développement psychique de l'enfant.

J. Piaget (1946) conçoit la représentation « *comme un système coordonné d'actions intériorisées qui rend notamment possible le processus d'évocation ; dans cette optique, la genèse de la représentation est solidaire du développement de la fonction sémiotique et elle est en conséquence relativement tardive* ». ¹⁴⁸

Piaget, dans ses premiers travaux sur le stade sensori-moteur, évoque la représentation, mais il accorde le rôle principal aux mécanismes d'assimilation et d'accommodation :

De la naissance à 18 mois, les interactions entre l'organisme humain et le milieu sont toutes entières réglées par les schèmes sensori-moteurs ; l'activité représentative se développe ensuite sous l'effet de la différenciation et de l'intériorisation progressive de ces schémas. Sur le versant de l'accommodation, les premiers signifiants différenciés (représentants) sont fournis par l'imitation et par l'image mentale ; sur le versant de l'assimilation, les premiers signifiés (représentés) s'élaborent dans le jeu symbolique. La représentation émerge lorsque s'établit l'équilibre entre les deux processus, et que les signifiants et les signifiés qu'ils ont produits peuvent être coordonnés au plan mental. Cette capacité nouvelle présentera longtemps un caractère intuitif et imagé, et se transformera en véritable pensée représentative avec l'accès au stade des opérations concrètes puis formelles. ¹⁴⁹

J. Bruner (1973) donne une conception plus large de la représentation. Il définit la représentation comme « *tout système de règles au moyen desquelles un organisme conserve, sous une forme opérationnalisable, les caractéristiques récurrentes de son environnement* ».

Dans cette optique, le processus d'identification à l'œuvre dès la naissance relèverait déjà de la représentation.

J. Bruner décrit le développement comme une succession de trois stades correspondant à l'émergence de trois systèmes de représentation différents : la représentation éactive (sensori-moteur), la représentation iconique (à partir de la fonction sémiotique) et la représentation symbolique (à partir des opérations concrètes). ¹⁵⁰

¹⁴⁷ FISCHER, G.-N. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod, 2005, p. 129.

¹⁴⁸ BRONCKART, J.-P. *Dictionnaire de psychologie*, 1991, p. 625.

¹⁴⁹ *Ibid.*, p. 626.

¹⁵⁰ *Ibid.*

VII.2. Aspects cognitifs

De nombreuses études portent sur les représentations en psychologie cognitive. Les travaux sur l'aspect individuel se sont intéressés à l'étude des modèles mentaux ou des représentations mentales.

Comme l'indiquent D.-E. Rumelhart et D.-A. Norman en 1988, l'approche cognitive de la représentation implique la prise en compte de trois éléments : l'environnement physique (« monde représenté »), l'état physique du cerveau et l'état de la connaissance du sujet (qui sont deux aspects du « monde représentant »).

Sa problématique n'a trait qu'accessoirement à la manière dont s'établissent les correspondances entre ces deux mondes ; elle vise surtout à élaborer des modèles susceptibles de rendre compte (donc de « représenter ») des caractéristiques structurales et fonctionnelles des deux entités du « monde représentant » (V. Métacognition).¹⁵¹

VII.3. Aspects psychanalytiques

Le vocabulaire de la psychanalyse (1967) définit la représentation comme : « *terme classique en philosophie et en psychologie pour désigner : ce que l'on se représente, ce qui forme le contenu concret d'un acte de pensée* » et « *en particulier la reproduction d'une perception antérieure* » (J. Laplanche et J.-B. Pontalis, 1967).

Dans la théorie psychanalytique le terme représentation peut se trouver associé à d'autres termes : *représentant-représentation, représentant de la pulsion, représentant psychique, représentations de choses, représentation de mots, et « représentation-but ».*

En psychanalyse, la représentation renvoie au concept de S. Freud de représentation psychique. S. Freud a défini la représentation comme « *le processus par lequel l'état organique fondamental qui caractérise la pulsion est transformé en expression psychique* ». S. Freud, dans des textes ultérieurs, désigne les éléments matériels observables auxquels la pulsion

¹⁵¹ BRONCKART, J.-P. *Dictionnaire de psychologie*, 1991, p. 626.

(concept psychique abstrait) se fixe dès que l'appareil psychique se divise sous l'effet du refoulement originaire, en conscient, préconscient et inconscient.¹⁵²

S. Freud distingue trois sortes de représentations :

-*Die Dorstellung* renvoie à un contenu de pensée

-*Die Darstellung* ramène à la figuration

-*Vorstellungsrepräsentanz* désigne le phénomène de l'inscription de la pulsion dans le psychisme.

S. Freud (1915) parle d'une liaison entre la représentation de chose et la représentation de mot.¹⁵³ La représentation de mot définit le mot comme représentation verbale, la représentation de chose détermine la représentation psychique à un niveau infra-verbal et se situe dans l'inconscient, centrée sur les images mnésiques sensorielles et le réveil des impressions et des perceptions qui sont liées à des pulsions. La liaison de représentation de mot et de chose favorise le langage.¹⁵⁴

Dans la théorie lacanienne cette fixation de la pulsion à ses représentations (représentants) est corrélative de l'insertion du sujet dans le réseau des significations véhiculées par le langage.¹⁵⁵

R. Kaës, psychologue social de tendance psychanalytique considère dans sa thèse sur la culture ouvrière intitulée *Images de la culture chez les ouvriers français*, publiée ultérieurement aux Éditions Cujas en 1968, la représentation comme produit culturel et comme activité du sujet (comme un processus d'organisation des rapports psychosociaux) : « *le produit et le processus d'une activité de construction du réel par un appareil psychique humain. Cette construction du réel s'effectue à partir des informations que le sujet reçoit de ses sens, de celles qu'il a recueillies au cours de son histoire et qui demeurent dans sa mémoire, et de celles qui lui viennent des relations qu'il entretient avec autrui, individus et groupes* ».

De ce fait, toute représentation est sociale.

Perspective psychosociologique, en ces premiers travaux, mais où se manifeste nettement l'intérêt que R. Kaës accordera ultérieurement au registre de l'intermédiaire :

¹⁵² BRONCKART, J.-P. *Dictionnaire de psychologie*, 1991.

¹⁵³ BITSU, J.-A. « Approche psychodynamique des représentations en clinique interculturelle », *Processus de symbolisation et appartenances culturelles*. Université Lumière Lyon 2, 2005.

¹⁵⁴ CALEVOI, N., DARGE, G., GOSSART, R. et al. *Le psychodrame psychanalytique métathérapeutique : Supervision, relance et dégagement*. Bruxelles : De Boeck, 2008, p. 223.

¹⁵⁵ BRONCKART, J.-P. *Dictionnaire de psychologie*, 1991, p. 627.

« *La représentation n'est pas reflet, mais médiation entre le sujet et son environnement, entre son passé et son devenir ; elle n'est pas objet, mais relation, communication (processus et résultat)* » (R. Kaës, 1968).

Dans cette perspective, on constate la dimension sociale dans la question de représentation.

Ce qui amène alors à la question des relations entre les représentations sociales et les représentations psychiques.

VII.4. Représentation et culture

La représentation culturelle est liée à celle de représentation sociale d'E. Durkheim qui distingue représentation individuelle et représentation collective.

E. Durkheim (1898) distingue représentations collectives et représentations individuelles. Il considère que la force des représentations collectives les rend dominantes. Les représentations collectives désignent les représentations partagées par un groupe social en termes de contenu essentiellement. Selon E. Durkheim, la vie sociale est basée sur des représentations qui sont des processus psychiques. À la différence des représentations individuelles (objet de la psychologie) qui sont internes (elles sont gérées par le cerveau d'un individu), ces représentations sont externes et participent à la conscience collective.¹⁵⁶

La conscience collective constitue la base de la communauté et est à l'origine des représentations portant sur différents objets (religion, politique, technique, moral, etc.) partagés dans une collectivité et fonctionnant comme une force séparée et généralement dominante par rapport à la conscience individuelle. Pour E. Durkheim, la conscience collective impose à l'individu des façons de penser et d'agir.¹⁵⁷

Les représentations collectives assurent l'emprise de la société sur l'individu. « Une représentation n'est pas, en effet, une simple image de la réalité, une ombre inerte projetée en nous par les choses ; mais c'est une force qui soulève autour d'elle tout un tourbillon de phénomènes organiques et psychiques ». ¹⁵⁸

¹⁵⁶ BRONCKART, J.-P. *Dictionnaire de psychologie*, 1991, p. 627.

¹⁵⁷ BITSJ, J.-A. « Représentations de la maladie mentale et thérapies : Le cas du Gabon », *Processus de symbolisation et appartenances culturelles*. Université Lumière Lyon 2, 2005, p. 328.

¹⁵⁸ DURKHEIM, E. *De la division du travail social*. 11^e édition. Paris : PUF, 1986, p. 64.

Les représentations collectives servent à définir des modes de pensée communs. Ainsi, chaque société, chaque population, chaque ethnie devrait former un seul individu commun.

Quant aux représentations individuelles, elles sont « *propres à chaque individu, sont variables et emportées dans un flot ininterrompu. Elles ont pour substrat la conscience de chacun* ». ¹⁵⁹

Les représentations individuelles constituent les représentations que l'individu se construit à travers les différentes interactions avec son environnement. Elles forment un tout cohérent et personnel, lui servant à organiser son action.

En effet, l'homme, sujet autonome possédant son propre système de valeur et sa vision du monde, va produire, afin de percevoir la réalité qui l'entoure et ainsi pouvoir s'extérioriser des représentations personnelles appelées aussi représentations individuelles. ¹⁶⁰

VII.5. La représentation sociale

Dans le champ de la psychologie sociale, les représentations sociales se définissent comme des images de la réalité collective, suggérées à l'individu par la société.

Les représentations sociales s'y définissent comme « *des modalités de pensée pratique, orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement, modalités qui relèvent à la fois de processus cognitifs généraux et de processus fonctionnels socialement marqués. Ces derniers processus ont trait d'une part au traitement des stimuli sociaux et plus généralement des faits d'interaction sociale ; ils ont trait d'autre part aux effets de l'appartenance sociale du sujet (valeurs, modèles et idéologies véhiculées dans son groupe)* ». ¹⁶¹

Ces représentations sociales intègrent des aspects collectifs et individuels.

¹⁵⁹ DURKHEIM, E. Représentations individuelles et représentations collectives. In *Revue de métaphysique et de morale*, VI, 1898.

¹⁶⁰ BOUBAKOUR, S. *Représentations culturelles dans la formation des formateurs en lettres françaises. Essai d'analyse comparative entre un groupe d'étudiants de deux villes : Beyrouth (Liban) et Batna (Algérie)*. Université Lyon 2, 2011.

¹⁶¹ BRONCKART, J.-P. *Dictionnaire de psychologie*, p. 628.

La notion de représentation sociale repose sur les travaux de S. Moscovici (1961), qui définit la représentation comme «*un système de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social, qui permet non seulement la stabilisation du cadre de vie des individus et des groupes, mais qui constitue également un instrument d'orientation de la perception des situations et d'élaboration des réponses* ». ¹⁶²

Pour D. Jodelet (1984), la représentation sociale désigne une forme de pensée sociale «*le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués* ».

D. Jodelet trouve que les représentations sociales sont caractérisées par des modalités de pensée pratiques, orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal. En tant que telles, elles présentent des caractères spécifiques au plan de l'organisation des contenus. Elle concourt à l'établissement d'une vision de la réalité commune à un ensemble social (groupe, classe, etc.) ou culturel donné. ¹⁶³

Pour C. Guimelli (1999), les représentations sont l'«*ensemble des connaissances, des croyances, des opinions partagées par un groupe à l'égard d'un objet social donné* ». ¹⁶⁴

G.-N. Fischer (1987) définit «*la représentation sociale comme la construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets (personnes, événements, catégories sociales, etc.) et donnant lieu à une vision commune des choses, qui se manifeste au cours des interactions sociales* ». ¹⁶⁵

À partir des définitions que nous proposons, cette notion renvoie aux représentations culturelles aux systèmes de pensée d'une société.

« Les représentations sont à la fois un processus mental, symbolique individuel et un objet social collectif, elles articulent des éléments affectifs, mentaux et sociaux et elles intègrent un volet cognitif, langagier et communicatif ».

Les représentations jouent un rôle de médiateur, processus psychologique et social, qui s'intègrent dans une dynamique structurée ¹⁶⁶.

¹⁶² FISCHER, G.-N. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod, 1987, p. 131.

¹⁶³ JODELET, D. *Le Grand Dictionnaire de la Psychologie*, 1991, p. 668.

¹⁶⁴ GUIMELLI, C. *La pensée sociale*. Paris : PUF, QSJ n° 3453, 1999, p. 127.

¹⁶⁵ FISCHER, G.-N. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod, 1987, p. 131.

¹⁶⁶ BOUBAKOUR, S. *Les représentations culturelles dans la formation de formateurs en Lettres Françaises*, chapitre 1 (représentation et langue). Université Lumière Lyon 2, 2011.

VIII. La symbolisation

Dans cette partie, nous présentons la théorie de symbolisation. Le concept de symbolisation est lié à la notion de symbole.

VIII.1. Définition du symbole

Le mot symbole, tient son étymologie du grec *symbolon*, dérivé du verbe *sumballein* qui signifie « jeter ensemble », « joindre », « réunir » ou « mettre en contact », il avait la fonction d'unir, de construire un pont entre deux objets.¹⁶⁷

Un *symbolon* était à l'origine un « *signe de reconnaissance, un objet coupé en deux moitiés dont le rapprochement permettait aux porteurs de chaque partie de se reconnaître comme frères et de s'accueillir comme tels sans s'être jamais vus auparavant* ». ¹⁶⁸

Dans le dictionnaire Robert, le terme symbole vient du grec *subolon*, proprement : « *signe de reconnaissance que l'on effectuait par l'assemblage de deux morceaux qui appartenaient à un objet coupé en deux* ». Il recouvre deux interprétations :

1-Être, objet ou fait qui par sa forme ou sa nature évoque spontanément (dans une société ou dans une civilisation donnée) quelque chose d'abstrait ou d'absent. Élément ou énoncé descriptif ou narratif qui est susceptible d'une double interprétation, sur le plan réaliste et sur le plan des idées.

¹⁶⁷ GRANJON, E., ROUBY, B., STRICHER, C. *Le symbole, réflexions théoriques et enjeux contemporains*. Publié dans PROTE3 Volume 36 N° 1. Printemps 2008, Erudit.

¹⁶⁸ BENOIST, L. « *Introduction* », *Signes, symboles et mythes*. Paris : PUF, «Que sais-je ?», 2009, p. 128.

URL : www.cairn.info/signes-symboles-et-mythes--9782130576129-page-5.htm.

2-Ce qui, en vertu d'une convention arbitraire, correspond à une chose, à une relation ou à une opération qu'il désigne.¹⁶⁹

En latin, le symbole constituait chez les anciens chrétiens des formules prononcées, des mots de passe qui faisaient se reconnaître dans la même foi les chrétiens persécutés par les païens.

Le symbole est une formule imagée qui permet l'évocation d'une idée. Le symbole est une figure analogique qui met en contiguïté deux idées, deux choses, une chose représentant de façon imagée une idée.¹⁷⁰

Le symbole peut se présenter sous plusieurs formes, notamment sous la forme d'une métaphore. Dans ce cas, un mot est remplacé par un autre, il peut s'agir d'une notion concrète changée par une notion abstraite qui met en avant le sens figuré pour que le message transmis soit plus marquant.

Signe figuratif qui représente un concept : par exemple, le lion est le symbole du courage, la colombe est le symbole de la paix, la croix est le symbole de christianisme, le drapeau est le symbole de la patrie. Il n'est pas question d'analogie car le courage ne peut être symbolisé que par la figure du lion. D'ailleurs, il n'accepte que difficilement de symboliser autre chose. C'est qu'il faut que chacun puisse reconnaître le symbole comme tel, qu'il n'y ait pas de contestation quant à son contenu et son sens.

Nous pouvons donc dire que le symbole traduit la représentation d'une réalité abstraite ou surnaturelle.

Le symbole est une représentation autour de laquelle se reconnaissent différents individus qui partagent la même culture.¹⁷¹

¹⁶⁹ NICOLAIDIS, N. *La force perceptive de la représentation de la pulsion*, 1993, p. 8.

¹⁷⁰ REYMOND, F. *Mythologie en psychanalyse-le symbole, le mythe et le fantasme*. Association Himeros Arts et Philosophie, 2006.

¹⁷¹ *Ibid.*

VIII.2. Le symbole : création psychique et culturelle

« Le pouvoir d'un symbole réside dans sa capacité à produire du sens et à communiquer ce sens ». ¹⁷²

Pour G. Durand (1992), le symbole a trois caractéristiques :

- 1- En tant que signifiant porteur de signification, il est concret, c'est-à-dire qu'il est physiquement perceptible (objet, dessin, comportement).
- 2- Il est optimal, c'est le signifiant le plus approprié pour évoquer le signifié.
- 3- Il serait difficile, voire impossible, d'évoquer un signifié donné sans passer par la médiation symbolique. ¹⁷³

VIII.3. Qu'est-ce que la symbolisation ?

Le processus de symbolisation peut être défini comme la substitution d'un signifiant par un autre qui a plusieurs sens dont celui du premier. Ceci nous renvoie aux notions de formation substitutive et de sublimation.

En tant que symbolique, l'œuvre doit être lue à deux niveaux :

- Celui des symboles dits « universels »
- Celui des symboles subjectifs, ce code étant le style du sujet qui est fonction de son histoire.

La symbolisation a un rôle protecteur contre les affects pulsionnels et évite la somatisation.

¹⁷² JOVCHELOVITCH, S., ORFALI, B. *La fonction symbolique et la construction des représentations : la dynamique communicationnelle ego/alter/objet*. Hermès, La Revue 2005/1 (N° 41), p. 51-57, Éditeur C.N.R.S.

¹⁷³ DURAND, G. *Figures mythiques et visages de l'œuvre*. Paris : Dunod, 1992.

L'apprentissage de la symbolisation est la possibilité de se représenter ce qui est impossible à être ou à avoir. La symbolisation primaire a deux fonctions qui sont de permettre à l'enfant de supporter l'attente et de s'identifier à l'autre. Elle passe par l'acte, le jeu notamment. La reconnaissance de cet acte par l'autre est indispensable à la déconcrétisation. C'est ici que s'instaure le Surmoi qui permet le passage du principe de plaisir au principe de réalité, et non pas à une interdiction. La règle évolue avec l'âge de l'enfant sur ce que l'on peut penser, dire ou faire.

VIII.4. La naissance de la vie psychique et de la symbolisation

Se représenter le monde extérieur à l'intérieur de soi marque le début de la vie psychique. Or, comment cela se passe-t-il ?

Tout commence par une relation « mère-enfant ». Pendant les premiers mois de sa vie, l'enfant dépend totalement de sa mère (sans en être conscient, bien-sûr), dont la présence et l'absence vont tour à tour la faire apparaître comme source de plaisir ou de déplaisir.

La réponse spontanée de la mère aux cris du nourrisson causés par la faim et par la tension interne consécutive crée l'illusion de toute-puissance chez le bébé qui croit, selon les modalités de la pensée magique, que c'est lui qui fait apparaître la mère et le sein nourricier. Expérience importante que doit faire le bébé car elle constitue la base de la confiance en soi. Ce, grâce à la confiance de la mère, qui par son attitude est attentive aux besoins de son enfant ? Elle lui assure la certitude que le monde est un lieu où il fait bon vivre et où l'on peut trouver (se donner) réponse à ses besoins. Or, le nourrisson devra confronter le problème du retardement de la satisfaction, lorsque la mère reprendra son rythme de vie habituel, tel que le lui dictent ses autres tâches.

D. Winnicott (1969) désigne cette situation spécifique de « suffisamment bonne ».

Selon la terminologie de D. Winnicott, la « suffisamment bonne », la mère, est celle qui réussira à contenir et à calmer la colère de son bébé, et à lui faire prendre conscience

progressivement de l'existence d'un monde autre extérieur (mère), différent du sien qu'il a entièrement vécu jusque-là sur le mode interne.

Il prend ainsi conscience de sa dépendance de l'autre, c'est-à-dire de sa mère, pour satisfaire ses besoins, grâce à quoi il réalise qu'il n'est pas tout-puissant. Or, cette « blessure » sera progressivement atténuée grâce aux possibilités de l'imaginaire de créer des compensations mentales, en faisant de la mère et de l'expérience de la satisfaction des objets de représentation et de remémoration pendant les moments d'attente.

Une ébauche de symbolisation débute dans cette réaction du bébé à l'absence de sa mère en tant qu'objet de satisfaction.

L'expérience que l'enfant va faire de la présence et de l'absence de sa mère va l'amener à une expérience d'une vie créative (créer, réfléchir, imaginer, etc.).

En commençant à se représenter mentalement l'objet absent, l'enfant met en place le processus de symbolisation par quoi il cherche à donner du sens, c'est-à-dire une forme, à sa dépendance de la mère. Autrement dit, l'enfant laissera émerger en lui une pensée et un imaginaire, lesquels disent sa capacité de créer des formes symboliques lui permettant d'agir sur la réalité douloureuse de la perte.

Le report modéré de la réponse et de la satisfaction chez la mère « suffisamment bonne » permet à l'enfant de mieux assumer sa solitude et de mieux intégrer le symbolique en lui, notamment en lui signifiant (verbalement) ce qu'il ressent. La progression des facultés intellectuelles de l'enfant permettant « *l'image mentale, l'imitation différée, le jeu symbolique, l'acquisition du langage* » dépendent en partie du bon déroulement de cette symbolisation. C'est grâce à celle-ci que l'enfant développe une pensée sur lui-même et sur les autres.

À l'inverse, cette capacité de symbolisation est compromise si les délais sont excessifs et si la fonction maternelle est défaillante.

Selon M.-A. Linteau (2003), « *la capacité à se représenter l'autre en son absence provoquera la capacité de penser, de s'extraire du monde concret pour s'imaginer et réussir à transformer l'expérience douloureuse afin d'en faire sens* ».

Une fois cette faculté acquise, elle permet d'affronter les épreuves de la vie, d'en faire sens pour les intégrer. Cette habileté permet de « soigner » les blessures psychiques.¹⁷⁴

La capacité de symboliser permet à l'enfant de construire sa vie psychique, par la voie de la culture, du langage, vers le monde de la réalité.

VIII.5. Définitions de la symbolisation

Selon le dictionnaire de psychologie (1991), « *la symbolisation est un processus de mise en relation de deux ou plusieurs unités sémiotiques de même niveau (le signifiant « lion » qui renvoie au signifiant « courage ») ou de niveau différent. Sous-tendu par un système d'associations plus ou moins stables. Ce processus est susceptible de réinterpréter tout type d'unité sémiotique (par déplacement, condensation, figuration, etc.) et d'en faire le symbole de quelque chose d'autre » dont le caractère reste caché ».*

R. Roussillon (2000) considère la symbolisation comme « *le processus de mise en forme, en représentation et en sens de l'expérience subjective vécue, elle est le résultat du travail de la psyché pour tenter de métaboliser ce à quoi elle se trouve, du dedans ou du dehors, à partir de la pulsion ou en provenance des objets, de fait confrontée dans le décours de la vie psychique. Ce travail est nécessaire aussi bien à l'appropriation subjective de l'expérience vécue qu'à son intégration au sein de la subjectivité, il commande celles-ci, il en représente la première condition de possibilité ».*¹⁷⁵

En 1989, R. Pelsser a effectué une synthèse sur le concept de symbolisation en psychanalyse, il considère l'essence profonde de la symbolisation comme « *la capacité à transposer sur la scène psychique ce qui relie le sujet à la fois à l'objet et à la pulsion, si ce n'est ce qui relie l'un à l'autre la pulsion et l'objet ».* Il dégage trois caractéristiques de la symbolisation :

¹⁷⁴ LINTÉAU, M.-A. *Soigner son âme que ce que la douleur psychique*. Le Bulletin VIE-A-VIE / Bibliothèque nationale du Québec - Volume 15, N° 4, 2003.

¹⁷⁵ ROUSSILLON, R. *Les enjeux de la symbolisation à l'adolescence*. *Adolescence, Monographie de la Société Internationale de Psychiatrie de l'Adolescent*. Les Éditions du GREUPP, 2000, p. 7-23.

1-La symbolisation désigne d'abord la capacité d'utiliser des symboles, c'est-à-dire la capacité de mettre en rapport un symbolisant et un symbolisé. Cette relation s'établit sur la base d'un lien associatif. Or, pour être réussi, ce processus de substitution exige deux conditions fondamentales : les deux éléments doivent être reliés entre eux tout en étant simultanément distincts l'un de l'autre. Ce lien et cette distinction entre les deux éléments du symbole lui confèrent sa signification (les éléments sont à la fois reliés et séparés comme l'indique le mot symbole dans son étymologie). Autrement dit, celui-ci comporte à la fois l'idée de réunion et de séparation, comme le jeu de Bobine observé par S. Freud (1920), de son petit-fils qui fait apparaître puis disparaître sa bobine. Le jeu symbolise la répétition de l'alternance de présence et absence de la mère.

En s'intéressant à la formation du symbole, H. Segal (1970) indique dans « note sur la formation du symbole » *Revue française de psychanalyse*, que l'abandon de l'objet du désir par l'enfant entraîne la formation d'un symbole. Mais ceci peut mener à deux positions possibles :

-L'équation symbolique, où l'objet substitut est vécu comme étant l'objet original, ce qui sert à nier l'absence de l'objet.

-Le symbole à proprement parler qui, lui, est vécu comme représentant de l'objet et qui est utilisé pour surmonter la perte.

Dans ce sens, le symbole est vécu comme une symbolisation de l'absence.¹⁷⁶

2-La symbolisation désigne la capacité qu'a le sujet de transformer ses expériences vécues en contenus psychiques. Elle se fait par un travail qui fait appel au langage, à la pensée et au fantasme, au sein même de l'appareil psychique, lieu d'inscription des événements vécus par le sujet.

Ces événements viennent soit du « *dedans* », soit du « *dehors* ». Ainsi, le sujet est en quelque sorte pris entre l'objet et la pulsion. La symbolisation correspond alors à la faculté de trouver des substituts à la pulsion et à l'objet de sorte qu'ils s'inscrivent dans le psychisme. De ce fait, l'appareil psychique est au centre d'un double mouvement : l'un provenant de l'intérieur, issu de la pulsion représentée par l'affect et la représentation ; l'autre venant de l'extérieur, à partir

¹⁷⁶ SEGAL, H. *Note sur la formation du symbole*. *Revue française de psychanalyse*, 1970, N° 4, p. 685-696.

de l'objet qui s'inscrit dans le psychisme par l'intermédiaire de la représentation de chose associée à la représentation de mot.

Dans le cadre de la symbolisation, la mise en lien entre la pulsion (affect et représentation) et les représentations de l'objet est à l'origine des processus de symbolisation. Cette mise en relation se fait par l'intermédiaire de la représentation. Ce qui fait que le processus de symbolisation tente de rapprocher les représentants de la pulsion (l'affect et la représentation) aux « représentants » de l'objet, c'est-à-dire la représentation de mot associée à la représentation de chose.

3-La symbolisation désigne la capacité d'avoir accès à un registre symbolique et, de ce fait, d'avoir accès à l'autre, notamment par le langage et permettant ainsi au sujet d'avoir une distance par rapport à la réalité et instaure la dialectique de la présence et de l'absence.

En effet, à travers cette approche de la symbolisation, se pose la question de la présence et celle de l'absence de l'objet que le langage permet de présentifier. Le langage consiste en une acceptation de la médiation grâce au système de symboles qu'il constitue.

Dans ce sens, R. Pelsser (1989) note que « *le langage, en tant que processus de symbolisation permet de surmonter la perte, l'absence de l'objet, de conjurer l'angoisse de séparation* ». ¹⁷⁷

Selon H. Segal (1957), « *la symbolisation est à la base d'une capacité à penser de façon flexible en ceci qu'un matériel originellement inassimilable devient plus facilement gérable- permettant finalement au deuil de se faire et d'avancer* ». ¹⁷⁸

VIII.6. Les niveaux de symbolisation

R. Perron (1992) différencie « *représentation* » de « *symbolisation* », la première notion renvoyant au travail de liaison au premier niveau, tandis que la seconde décrit le travail de liaison et la manière dont il établit des liens entre représentations à un second niveau. ¹⁷⁹

¹⁷⁷ PELSSE, R. *Qu'appelle-t-on symboliser ? Une mise au point*. Bulletin de Psychologie, 1989, XLII, 392, p. 714-726.

¹⁷⁸ GARLAND, C. *Comprendre le traumatisme*, 2001, p. 17.

¹⁷⁹ PERRON, R. *Représentation, symbolisation, théorisations*. Revue française de psychanalyse, 1992, p. 165.

R. Roussillon (1995), en s'appuyant sur les travaux de S. Freud (1891), qui différencie entre trois types d'inscriptions psychiques de l'expérience vécue :

1 La trace mnésique perceptive.

2 La trace inconsciente (la représentation de chose).

3 La trace verbale préconsciente (la représentation de mot) propose son modèle dans un texte intitulé « *Symbolisation et transitionnalité* » en distinguant deux types de symbolisation : *la symbolisation primaire et la symbolisation secondaire*¹⁸⁰.

La symbolisation primaire et la symbolisation secondaire :

Dans le premier niveau, il se créerait des représentations. C'est la symbolisation primaire. Pour l'auteur, la symbolisation primaire suppose un travail psychique de subjectivation de l'expérience brute. Dans celle-ci, se trouveraient enregistrées des traces mnésiques qui sont de nature essentiellement perceptives. Sur cette base, se créeraient les représentations des choses, il s'agit « des logiques perceptives » qui seraient saisies dans une logique infantile, lieu de la symbolisation primaire, « *le processus par lequel les traces perceptives sont transformées en représentations de choses, c'est-à-dire le premier travail de métabolisation de l'expérience et de pulsion* ». ¹⁸¹

Le travail de symbolisation induit ainsi une relation entre le « *dehors* » et le « *dedans* » dans la représentation de l'objet et dans la réélaboration par le sujet de l'expérience externe.

Cette forme de symbolisation se retrouve en particulier dans le travail du rêve.

R. Roussillon (1999) indique que le monde doit devenir un monde « pour soi ». Tel est le processus de symbolisation primaire. Ce processus définit une « *présentification subjectivante* ». ¹⁸²

Le travail de la symbolisation primaire est un travail de transformation de la trace mnésique en représentation et aussi un travail de transformation du rapport du sujet à la trace mnésique des expériences antérieures. ¹⁸³

¹⁸⁰ FREUD, S. (1891) *Contribution à la conception des aphasies*. Paris : PUF, 1983, p. 127.

¹⁸¹ BITSU, J.-A. « Enjeux psychodynamiques du processus représentationnel », *Processus de symbolisation et appartenances culturelles*. Université Lumière Lyon 2, 2005.

¹⁸² ROUSSILLON, R. *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : PUF, 1999, p. 237.

¹⁸³ DI ROCCO, V. « Qui est là ? » *Échecs de la symbolisation et symbolisation des échecs de la symbolisation dans les problématiques psychotiques*, chapitre 3.3.1. La symbolisation primaire et la symbolisation secondaire. Université Lumière Lyon 2, 2006.

-La symbolisation secondaire relève d'un travail psychique différent. Il s'agit d'une mise en lien de différentes représentations : représentation de chose et représentation de mot, selon S. Freud (1915). Le langage, à travers le mot, est un aspect signifiant de cette symbolisation secondaire.

R. Roussillon (2001) souligne dans son livre « *le plaisir et la répétition* » que la symbolisation secondaire ne concerne pas uniquement la liaison entre représentation de chose et représentation de mot, elle concerne aussi le dégagement de la représentation de mot.

Selon R. Roussillon (2001), la symbolisation secondaire peut alors être définie comme celle qui relie une représentation de chose à une représentation de mot, celle qui inscrit la représentation de chose dans l'appareil de langage qui ne se compose pas que des représentations des mots mais qui contient tout le système nécessaire à l'articulation langagière.

La symbolisation, ne relie pas la chose à un signe, opération qui ne serait qu'une désignation ; elle relie deux signes entre eux, deux représentations entre elles, elle peut relier deux types de signes entre eux ou un signe à une forme de représentation.

Donc, la symbolisation implique un temps de production représentative « primaire » qui rend possible l'appropriation subjective préalable à son inscription dans la symbolisation langagière.

C'est par ces processus que le sujet parvient à trouver les limites de son espace psychique.

Durant cette transformation le sujet donne une signification à ce qu'il perçoit, l'intègre à ce qu'il comprend du monde, donne du sens au réel.¹⁸⁴

R. Roussillon (2003) différencie trois niveaux du travail de symbolisation :

1-Un premier niveau dans lequel « le représentant psychique de la pulsion », forme première de la représentante psychique, doit pouvoir progressivement se différencier en représentant-affect, c'est-à-dire en affect-signal et représentant-représentation.

C'est dans et par cette différenciation interne que le représentant psychique de la pulsion perd son caractère passionnel d'actualisation pour prendre une valeur de signal, de simple signe d'affect.

¹⁸⁴CALEVOI, N., DARGE, G., GOSSART, R. et al. *Le psychodrame psychanalytique métathérapeutique : Supervision, relance et dégagement*. Bruxelles : De Boeck, 2008, p. 29.

2-Un travail de production des représentations de choses, passage de la « chose » psychique interne (le réel psychique de la matière première) à sa représentation primaire : c'est le travail de symbolisation primaire. La production symbolique primaire grâce à laquelle la « chose » psychique est saisie/transformée (trouvée/créée) en représentation.

3-Un travail de production de la représentation de chose dans l'appareil de langage et les représentations de mots. C'est le travail de la symbolisation secondaire, celui grâce auquel les processus secondaires peuvent s'exercer, c'est le travail de transformation grâce auquel le transfert dans l'appareil de langage verbal peut s'effectuer.

Il existe plusieurs modes par lequel un sujet symbolise la parole qui est le moyen d'expression le plus utilisé. Il s'agit de la verbalisation : « *la symbolisation verbale permet de reconnaître et d'explorer l'ensemble des effets complexes d'un événement sur un sujet, notamment dans ses résonances inconscients* ». ¹⁸⁵

La symbolisation permet au sujet d'attribuer subjectivement un sens aux événements qu'il vit. Le sens s'énonce principalement par la parole pour être accessible à l'autre.

VIII.7. Symbolisation et situation de traumatisme

Selon R. Roussillon (1994), le traumatisme concerne « ce comment on n'a pas pu être présent à ce qui s'est passé » ; on n'a pas pu devenir sujet de ce qui s'est passé. Donc, ce qui fait trauma pour un sujet c'est ce qui va d'une certaine manière mettre en panne la symbolisation : « *il concerne tout ce qui peut mettre en panne la symbolisation et avec elle l'appropriation subjective* ». ¹⁸⁶

On a vu que la symbolisation primaire et la symbolisation secondaire étaient deux processus différents : la première opération qui fait passer de la matière première à une représentation de chose puis la symbolisation secondaire qui fait passer de l'inconscient de la représentation de

¹⁸⁵ TISSERON, S. *Mémoire et création*, 1996.

¹⁸⁶ ROUSSILLON, R. *Traumatisme et symbolisation*, 2014.

chose à la conscience dans un appareil à langage. Le trauma fait obstacle dans le processus de subjectivation, ce qui veut dire qu'on peut avoir du trauma qui va affecter la première partie du processus : le traumatisé est sidéré, il ne peut rien décrire, non pas parce qu'il est incapable de passer de la représentation de chose à la représentation de mot, mais plutôt parce qu'il est incapable de mettre en scène ce qu'il vit, c'est-à-dire une sidération dans ses toutes premières formes, explique R. Roussillon.¹⁸⁷ Les traumas de guerre sont de cet ordre-là.

C'est le processus secondaire, il s'agit de mettre en mots, transférer dans l'appareil de langage ce à quoi le sujet a été confronté et qu'il a pu transformer sous forme de représentations qu'il doit transférer à un autre, dans le cas d'un trauma faisant intervenir les divers refoulements. Autrement dit, le raté de la symbolisation secondaire est le refoulement.

La symbolisation nécessite différentes séquences temporelles. Il y a le temps où ça se passe, le temps de l'expérience, et le temps où ça se saisit, le temps où ça se représente. On symbolise souvent après-coup, dans une reprise, une ressaisie, une re-présentation, et au sein d'une situation qui s'y prête, d'une situation de sécurité, ceci car il faut des conditions particulières pour que cette reprise puisse s'effectuer (R. Roussillon).

En effet, « une partie de la symbolisation se déroule au moment où l'expérience se vit, à condition qu'un espace transitionnel interne ait pu être introjecté et que cette expérience ne déborde pas les capacités de symbolisation actuelles du sujet. Une autre partie de la symbolisation s'effectue après coup dans un espace et un temps particuliers permettant une reprise de cette expérience, comme par exemple dans les rêves ».¹⁸⁸

Causes et effets de l'échec de la symbolisation

Selon S. Tisseron (1996), l'échec de la symbolisation peut être provoqué par quatre grandes séries de causes.

1-Des conflits psychiques personnels de l'ordre du désir et de l'interdit (c'est le cas qu'envisageait S. Freud).

¹⁸⁷ ROUSSILLON, R. *Traumatisme et symbolisation*, 2014.

¹⁸⁸ DI ROCCO, V. « Qui est là ? » *Échecs de la symbolisation et symbolisation des échecs de la symbolisation dans les problématiques psychotiques*, chapitre 3.3.1. La symbolisation primaire et la symbolisation secondaire. Université Lumière Lyon 2, 2006.

2-Un caractère traumatique de l'expérience qui submerge les possibilités d'élaboration psychique du sujet.

3-La honte qui empêche de parler d'un événement à des tiers, rendant du même coup l'introjection complète de cet événement très problématique.

4-Enfin, les effets sur soi des secrets des générations précédentes, comme une culpabilité ou une honte grave vécue à une génération et cachée aux enfants qui portent leur ombre sur la propre vie psychique des générations suivantes.

Dans tous les cas, il en résulte une symbolisation selon certaines modalités et pas selon d'autres.¹⁸⁹

VIII.8. Le traumatisme comme échec de la symbolisation primaire

La question de la différence entre le travail de l'imaginaire et la réalité traumatique est une question essentielle au traumatisme. Les traumatismes secondaires ont comme effet de rendre le sujet incertain sur ce qui s'est réellement passé, sur ce qui s'est passé au dehors de lui et ce qui s'est passé au dedans :

Dans les sociétés ayant vécu la guerre, il y a les individus qui travaillent au refoulement des événements traumatiques, tandis que d'autres s'évertuent à maintenir la douleur et l'horreur vivaces, le refoulement étant impossible. Cela est lié au fait que le travail de la mémoire, de l'oubli, et de l'historisation ne peut se faire pour des raisons internes et aussi par défaut d'une inscription mémoriale collective.¹⁹⁰

Quand il n'y a pas d'issue représentative ou motrice, la seule issue possible est le retrait de la perception, mais c'est impossible si elle est trop forte. C'est une autre caractéristique de

¹⁸⁹ TISSERON, S. *Mémoire et création*. Plis et replis de la mémoire. Actes du V^{ème} colloque organisé par l'association FRIPSI avec la collaboration de la ville d'Echirolles et le CH de St-Egrève, 1996.

¹⁹⁰ GANNAGE, M. *L'enfant, les parents et la guerre*. Une étude clinique au Liban, Paris : ESF, 1999.

l'agonie : une douleur intense, inévitable physiquement, mais en plus une situation qui dure au-delà de la capacité du sujet à pouvoir s'imaginer qu'elle a une fin, au-delà de la possibilité d'attendre une aide extérieure. C'est une expérience sans représentation et sans fin soit parce que le sujet est trop petit pour avoir à sa disposition la temporalité, soit parce que le Moi est si désorganisé, si sidéré, que la temporalité est inexistante. Un état de désespoir accompagne alors la situation.

L'expérience est devenue au-delà du principe de plaisir car le désespoir est radical dans l'expérience de traumatisme primaire, elle est aussi au-delà du principe de déplaisir (évacuation des expériences déplaisantes) car c'est une situation déplaisante et impossible à évacuer (le principe de pulsion de mort chez S. Freud). En conséquence, on a une expérience non- symbolisée, non-évacuée, la seule possibilité qui reste est de se déchirer soi-même, se couper de soi-même : le clivage.

Le sujet ne peut traiter l'expérience, il est obligé de se retirer de lui-même, de se couper de l'intégralité de la partie de soi qui intégrait l'expérience pour essayer de tout de même survivre dans cette expérience. Il se réfugie dans un coin de lui, voire au dehors de lui, pour survivre. Le vrai Self s'est réfugié quelque part et on a affaire au faux self. Lorsque la symbolisation n'a pas été possible, il y a répétition du traumatisme qui n'a pu être refoulé. Il y a donc répétition de ce qui n'a pu être symbolisé.

IX. L'estime de soi

Nous considérons que le concept d'estime de soi est en lien direct avec les conséquences du traumatisme, c'est pour cela que nous traitons de l'impact du traumatisme sur l'estime de soi.

Pour surmonter le traumatisme, il faut renforcer l'estime de soi et le sentiment de sa propre compétence. L'estime de soi est une caractéristique souvent citée comme un facteur protecteur participant à la résilience.

Mais avant tout, attachons-nous à définir l'estime de soi, et plus particulièrement l'impact du traumatisme sur l'estime de soi.

IX.1. Définitions de l'estime de soi

Étymologiquement, le verbe « estimer » vient du latin « *aestimare* » qui signifie à la fois « évaluer », « déterminer la valeur de » et « avoir une opinion sur ».¹⁹¹

Selon le dictionnaire de psychologie (1991), l'Estime de soi est « *une implication de la valeur qu'une personne attribue aux divers éléments du concept qu'elle a d'elle-même (composante évaluative ou affective du concept de soi). En tant que structure cognitive, le concept de soi est fait d'éléments auto descriptifs (traits, comportements, états, etc.), chroniquement accessibles ou temporairement saillants, variant quant à leur désirabilité ou leur utilité sociale. Cette valeur résulte de processus d'intériorisation et de comparaison sociale plus ou moins sélective* ».

Nous pouvons dire que l'estime de soi reflète le lien entre ce que nous sommes et ce que nous voudrions être.

¹⁹¹ ANDRÉ, C., LELORD, F. *L'estime de soi*. Paris : Odile Jacob. 2010, p. 13.

Pour S. Harter (1998), l'estime de soi est « *l'évaluation globale de la valeur de soi en tant que personne. Il s'agit de l'évaluation qu'un individu fait de sa propre valeur, c'est-à-dire de son degré de satisfaction de lui-même* ». ¹⁹²

En psychodynamique, le concept d'estime de soi est lié à la construction du narcissisme : « *l'estime de soi correspond à l'amour que le sujet porte à lui-même et au sentiment qu'il a de sa valeur à ses propres yeux et à ceux des autres* ». ¹⁹³

D'après les définitions mentionnées, on remarque que la plupart des professionnels s'accordent à définir l'estime de soi comme un sentiment de valeur personnelle.

Ce sentiment de valeur est lié à l'image renvoyée par autrui. Or, mesurer une valeur implique la définition de « l'étalon de référence ». L'étalon peut être externe (le regard des autres, les valeurs « établies », « politiquement correctes », etc.) ou interne (la capacité à adopter un point de vue propre, à donner un sens personnel aux choses, aux événements ou aux personnes, à construire des engagements externes fondés sur des valeurs propres, à trouver en soi-même ses propres légitimations, ses propres défenses et mouvements créatifs). ¹⁹⁴

L'estime de soi est une dimension essentielle de l'identité. Or, comment est-il construit ?

IX.2. Construction de l'estime de soi

La construction de l'estime de soi est liée à la relation mère-enfant, au type d'attachement que la mère aura établi avec son enfant.

En effet, l'estime de soi naît dans le regard et dans les interactions précoces que l'enfant entretiendra avec sa mère. L'amour maternel permet à l'enfant de se rendre peu à peu autonome et de jouir de son indépendance, il contribue à l'établissement de l'estime de soi. Si l'enfant n'intériorise pas l'amour et l'estime de ses parents, l'enfant ne pourra pas édifier ce sentiment d'estime qui repose en partie sur la jouissance et la satisfaction que lui fournit son propre corps.

¹⁹² ANDRÉ, C., LELORD, F. *L'estime de soi*. Paris : Odile Jacob. 2010, p. 89.

¹⁹³ ANAUT, M. *La résilience - Surmonter les traumatismes*. Paris : Nathan, 2003, p. 74.

¹⁹⁴ ANDRÉ, C., LELORD, F. *L'estime de soi*. Paris : Odile Jacob. 2010, p. 20.

La qualité des relations précoces avec les figures parentales joue donc un rôle majeur dans le développement ultérieur de l'estime de soi et la qualité des relations avec l'entourage à l'âge adulte.

Un environnement stable où il se sent en sécurité permet à l'enfant de renforcer son estime de soi.

Les enfants ayant un entourage les encourageant et leur donnant de l'attention se sentent bien dans leur peau. La qualité de l'estime de soi s'inscrit dans le temps sur la valeur que l'entourage donnera aux comportements, aux capacités de l'enfant. « La construction de l'estime de soi est un processus dynamique et continu qui commence bien avant la naissance et qui se prolonge tout au long de la vie ».¹⁹⁵

Avec le temps, l'importance du regard des parents pour construire son estime de soi est transférée vers le regard des autres.

D'après M. Rutter (1985), cité par M. Anaut (2003), les deux principales expériences qui jouent un rôle important pour influencer le développement de l'estime de soi dans le sens positif sont :

1-Des relations amicales et amoureuses sécurisantes et harmonieuses.

2-Le fait d'avoir du succès dans la réalisation de tâches qui sont considérées comme importantes par l'individu et donc au centre de ses intérêts.¹⁹⁶

L'amour des parents et de l'entourage, la sécurité affective joue un rôle clé au développement de l'estime de soi.

¹⁹⁵ JANDOUBI, V. *L'estime de soi et l'école*.

¹⁹⁶ ANAUT, M. *La résilience - Surmonter les traumatismes*. Paris : Nathan, 2003, p. 74.

IX.3. Théorie de l'estime de soi

Le terme d'estime de soi est aussi communément connu dans la littérature scientifique sous les termes de : « conscience de soi », « perception de soi », « concept de soi », « représentation de soi », et « image de soi ».

Selon G.-N. Fischer (1987), le concept de soi est celui par lequel on caractérise le plus largement l'identité personnelle ; il représente l'ensemble des caractéristiques qu'un individu considère comme siennes et auxquelles il accorde une valeur socio-affective.¹⁹⁷

Toutefois, subsiste une confusion dans la définition du concept de soi avec l'estime de soi. Le concept de soi présente à travers la réponse à la question « *qui suis-je ?* », la description de soi. Le concept de l'estime de soi, quant à lui, renvoie au critère de la valeur de soi, il s'agit de la reconnaissance que le sujet se donne à lui-même.

E. Bardou et N. Oubrayrie-Roussel (2014) dans leur ouvrage « *l'estime de soi* » ont indiqué que l'estime de soi est liée aux sentiments et aux émotions éprouvés par le sujet dans le cadre d'évaluations qu'il a faites de lui-même : « *l'estime de soi est la dimension affective de l'identité car elle agit sur l'ensemble des états affectifs et motivations du sujet* » (P. Tap, 1988), tandis que le concept de soi est une structure plutôt cognitive, qui permet aux sujets de penser consciemment à eux-mêmes ou bien penser à des objets ou à des événements ayant pour principal objectif de traiter les informations, organisées de manière à former une description de soi, en fonction des rôles, qualités, traits et compétences des sujets.¹⁹⁸

R. L'Ecuyer (1978), souligne la différence entre chercheurs américains et européens. Les chercheurs américains en usent fréquemment, alors que les chercheurs européens utilisent plutôt « image de soi », « perception de soi », « représentation de soi » ou « conscience de soi ».

Toujours d'après R. L'Ecuyer (1978, p. 29), toutes ces notions se réfèrent en fait au même contenu : « *ensemble de traits, d'images, de sentiments que l'individu reconnaît comme faisant*

¹⁹⁷ FISCHER, G.-N. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, 1987, p. 194.

¹⁹⁸ BARDOU, E., OUBRAYRIE-ROUSSEL, N. *L'estime de soi*, 2014, p. 96.

partie de lui-même, influencés par l'environnement et organisés de façon plus ou moins consciente ». ¹⁹⁹

W. James (1980) indiquait que l'estime de soi était liée aux aspirations : « *l'estime de soi se situe dans la personne, et elle se définit par la cohésion entre ses aspirations et ses succès* ».

L'individu ressent une forte estime de lui-même s'il y a une corrélation entre ses réalisations et ses aspirations, et réciproquement, si la personne n'arrive pas à actualiser ses réalisations à ses aspirations, elle aura tendance à avoir une estime de soi faible. D'après W. James (1980), « *nous nous estimons en ce monde exactement d'après ce que nous prétendons être et prétendons faire ; nous prenons pour mesure de notre valeur le rapport qu'il y a entre les résultats que nous obtenons et ceux que nous pensons obtenir* ».

W. James (1980) propose la formule suivante pour définir l'estime de soi sous la forme d'une équation : Estime de soi = Réussite (Réalisation / Aspiration - prétention). ²⁰⁰

En effet, W. James (2014) associe l'estime de soi à la « *valeur du moi* », il met l'accent sur la diversité des « moi », sur la dynamique intra-personnelle et intrapsychique, sur le rôle éminent des émotions dans la construction du soi et dans l'émergence de la valeur personnelle, sur l'importance de l'articulation entre le moi actuel et les aspirations. ²⁰¹

Or, C.-H. Cooley (1902) accordait toute l'importance à la socialisation. Il considérait l'estime de soi comme « *l'interprétation des réactions et des comportements de notre entourage à notre égard* ». ²⁰²

En effet, l'estime de soi contribue à la prise de conscience et la connaissance de soi, alimentée par l'appréciation que le sujet peut porter sur lui-même et en se comparant avec les autres. Cela influence aussi de manière favorable ou négative les décisions, la motivation et l'investissement pour l'action future.

Le regard de l'Autre est déterminant chez le sujet dans la construction d'une bonne ou mauvaise estime de soi. L'estime de soi est à la base de la construction de la personnalité.

¹⁹⁹ L'ECUYER, R. *Le concept de soi*. Paris : PUF, 1979.

²⁰⁰ JAMES, W. *L'estime de soi dans la psychologie sociale, 1842-1910*. Publié en 2007.

²⁰¹ TAP, P. *La société pygmalion*. Paris : Dunod, 1988, p. 17.

²⁰² Estime de soi, *Séminaire Traverses*, 2012.

Selon C. André et F. Lelord (1999), l'estime de soi repose sur trois « ingrédients » :

1-La confiance en soi.

2-La vision de soi (orientation, projet de soi).

3- L'amour de soi (narcissisme).

L'amour de soi dépend en grande partie de l'amour reçu par les parents. Les carences d'estime de soi qui prennent leur source à ce niveau sont sans doute les plus difficiles à rattraper.

Un bon équilibre entre chacune de ces trois composantes est indispensable à l'obtention d'une estime de soi harmonieuse.²⁰³

G.-N. Fischer (1987) indique que l'estime de soi est déterminée par plusieurs facteurs :

-Les ambitions : l'estime de soi est liée à nos aspirations par rapport à ce que nous voulons faire.

-L'approbation sociale : l'estime de soi est conditionnée par l'opinion que les autres ont de nous, c'est-à-dire la réputation dont jouit un individu.

-La confiance en notre pouvoir : l'estime de soi est déterminée par la croyance que nous avons dans notre capacité de maîtriser les choses et de changer les situations. La façon d'agir est influencée par l'image que le sujet a de lui-même.²⁰⁴

Pour A. Maslow (1970), dans la hiérarchie des besoins, l'estime de soi correspond à une double nécessité pour l'individu : se sentir compétent et être reconnu par autrui.

En psychanalyse, S. Freud considère que l'estime de soi est liée au sentiment de satisfaction. S. Freud (1927) définit le sentiment de l'estime de soi comme « *l'expression de la grandeur du moi, soutenu par le surmoi, instance d'idéal et d'interdiction* ». L'estime de soi serait la résultante du narcissisme infantile ; de l'accomplissement de l'idéal du moi et de la libido d'objet. D'après lui, l'estime de soi renvoie aux sentiments de satisfaction qu'un sujet a pour lui-même et qui correspond à la relation entre l'image de soi et l'image idéale de soi.

²⁰³ ANDRÉ, C., LELORD, F. *L'estime de soi - s'aimer pour mieux vivre avec les autres*. Odile Jacob, 1999.

²⁰⁴ FISCHER, G.-N. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, 1987, p. 195.

S. Freud (1952) considère que l'amour et l'empathie maternelle permettent un ajustement dans la relation entre la mère et son bébé, fondateur de la qualité du narcissisme primaire instauré dès le début de la vie et plus tard, de la relation entre ce narcissisme primaire et l'estime de soi.

D. Winnicott (1958) parle de « capacité d'être seul », représentant l'un des signes les plus importants de la maturité du développement affectif. En effet, D. Winnicott lie la confiance en soi et la capacité d'être seul à un double mouvement de séparation et d'attachement. C'est parce qu'il y a en même temps tendance à la symbiose, à la fusion et à la « lutte » pour s'en détacher, pour reconnaître l'autre indépendamment de soi (et soi indépendamment de l'autre) que peut naître une reconnaissance réciproque, source de la confiance en soi.²⁰⁵

Pour D. Winnicott (1975), le regard de la mère joue un rôle de miroir chez le bébé, lui permettant de se découvrir comme investi affectivement. Ce processus contribue à former le noyau du moi et à développer le sentiment d'estime de soi (H. Kohut, 1974).²⁰⁶

L'estime de soi peut aussi être conçue comme une valeur globale, unique telle qu'elle est mesurée par exemple à l'aide de l'échelle de Rosenberg (1965).

Dans le cadre de notre recherche, nous avons privilégié l'échelle d'estime de Soi de Rosenberg (1965) afin de vérifier nos hypothèses.

Pour conclure sur l'estime de soi, ce que l'on peut retenir, c'est que l'estime de soi se construit dans les premières relations mère-enfant, mais aussi qu'elle est un processus fluctuant ensuite selon les relations et les situations.

²⁰⁵ LEU, A., GRAULLE, S. Séminaire traverses 2012, texte de CHARESSON, N.

²⁰⁶ BARDOU, E., OUBRAYRIE-ROUSSEL, N. *L'estime de soi*. Éditions in Press, 2014, p. 110.

IX.4. L'impact du traumatisme psychique sur l'estime de soi

La douleur est le signe et l'expression de la blessure narcissique. Le traumatisme psychique est une sorte de blessure née avec le rencontre avec la mort.

En effet, le traumatisme psychique entraîne la perte de confiance en soi et en autrui, entraînant la détresse et la souffrance.

L. Crocq (2012) indique dans son ouvrage intitulé « *16 leçons sur le trauma* » que le trauma réalise un triple effondrement narcissique :

- L'effondrement du sentiment d'invulnérabilité ;
- L'effondrement de la conviction que le monde est protecteur ;
- L'effondrement de la confiance espérée du secours venant d'autrui.

Le traumatisé atteint profondément dans son narcissisme consacre tout son amour à la réparation de son moi blessé. Il n'est plus disponible pour aimer vraiment autrui, qu'il assaille de ses demandes d'amour jamais rassasiées.²⁰⁷

En effet, dans le cas du traumatisme, au moment du choc, le sujet se trouve pour la première fois face à une réalité insensé (le réel de la mort), c'est l'impensable, son image et son interprétation de lui-même comme être invulnérable, inébranlable, se trouve de fait ébranlée, dans le sens où des événements traumatisants, dont il sait et admet qu'ils peuvent arriver aux autres, le touchent maintenant, lui.²⁰⁸

Le sentiment de sécurité est anéanti, « la personne vit un sentiment intense de perte de contrôle, d'horreur, d'impuissance, et de risque de mort imminente ». ²⁰⁹

²⁰⁷ CROCQ, L. *16 leçons sur le trauma*, 2012, p. 72.

²⁰⁸ FISCHER, G.-N. *Le Ressort invisible*. Paris : Dunod, 2014, p. 72.

²⁰⁹ IRACANE-BLANCO, M. *Le psycho-traumatisme*.

Un tel bouleversement bloque en quelque sorte le principe de réalité en rendant le sujet incapable d'assimiler ce qui arrive. Les traumatisés parlent d'un avant et d'un après. La survenue d'un évènement traumatique génère un profond changement dans la perception de soi et du monde.

Lorsque nous évoquons le traumatisme psychologique et ses effets, il est plutôt question d'impact psychique pouvant conduire à une perte d'estime de soi, de motivation et à des troubles dépressifs.

Mais l'atteinte, ou le risque d'atteinte, à l'intégrité psychique, dépend la nature de l'évènement, de la personnalité et du contexte de survenue.

L'estime de soi dépend de l'amour donné à l'enfant par sa famille comme vu précédemment. L'amour de soi est un élément faisant partie de l'estime de soi, l'amour de soi est la manière dont le sujet va se sentir digne d'amour et de respect donnant le sentiment de sécurité interne. L'amour de soi est inconditionnel, il n'est pas lié aux performances. Il permet de résister à l'adversité et facilite une vision positive de soi.

S. Freud (1969) et D. Winnicott (1975) ont mis en évidence le fait que la sécurité narcissique permet à l'individu d'affronter les conflits intrapsychiques inhérents à l'être humain.²¹⁰

Si l'estime de soi est forte, elle permet de mieux résister à des situations traumatiques.

D'après N. Abraham (1978), « *si la victime trouve dans ses profondeurs psychiques des imagos parentales sécurisantes, cela peut lui permettre de sauver sa peau et de préserver les liens favorables à son environnement ; mais si elle est, au contraire, confrontée à des imagos parentales rejetantes ou endommagées, elle risque bien de mourir ou de survivre au prix de constituer plus tard une psychonévrose traumatique* ». ²¹¹

²¹⁰ LALLIER, C. *La revalorisation de l'image de soi : une réponse aux problèmes d'addiction et d'errance des jeunes*. Université Paris 8, 2012.

²¹¹ ABRAHAM, N. *L'écorce et le noyau*. Paris : Flammarion, 1978.

IX.5. Estime de soi et résilience

« L'estime de soi est à considérer comme une composante de la personnalité, en termes de ressource (résilience), permettant des aménagements adaptatifs (mécanisme de défense et coping) et des stratégies de protection de soi ». ²¹²

L'estime de soi favorise l'épanouissement, l'affirmation de la personnalité, la réalisation individuelle et l'intégration sociale. ²¹³

Spontanément, l'expérience douloureuse mobilise des mécanismes de défense. En effet, les motifs principaux de l'activation des défenses sont l'angoisse réelle provoquée par des situations de dangers externes, des sentiments de menace narcissique nécessitant la protection ou la rehausse de l'estime de soi, et enfin, une lutte contre les affects dépressifs.

Selon C.-L. Richman, M.-L. Clark, et K.-P. Brown (1985), l'estime de soi joue un rôle dans la façon dont l'individu fait face aux situations stressantes et prend des décisions dans ses stratégies adaptatives quotidiennes. ²¹⁴

L'estime de soi est une ressource résilience.

²¹² BARDOU, E., OUBRAYRIE-ROUSSEL, N. *L'estime de Soi*. 2014, p. 214.

²¹³ BARDOU, E., OUBRAYRIE-ROUSSEL, N. *100 idées pour comprendre et préserver l'estime de soi*. Editions Tom Pousse, 2015, p. 98.

²¹⁴ BARDOU, E., OUBRAYRIE-ROUSSEL, N. *L'estime de Soi*. 2014, p. 219.

X. La résilience

Le concept de résilience est depuis quelques années un concept qui accompagne les évènements traumatiques pour décrire les manières dont les victimes de violence arrivent à dépasser le trauma.

X.1. Définition de la résilience

La résilience suppose en amont la survenue d'un traumatisme unique ou multifactoriel mettant en avant une aptitude du sujet à le surmonter (C. De Tychev, 2001).²¹⁵

La résilience est un mot utilisé en physique pour exprimer la qualité de certains matériaux, il définit la résistance au choc.

Le sens étymologique du mot résilience vient du latin « *salire* » c'est-à-dire : « *sauter en arrière, rebondir, être repoussé, jaillir* » et du préfixe « *re* », indiquant la *répétition, la reprise*. *Résilier, c'est bien rebondir, aller de l'avant, après avoir subi un choc ou un traumatisme. C'est aussi résilier un contrat avec l'adversité* ». ²¹⁶

Pour les chercheurs anglo-saxons, ce concept désigne le fait de reculer pour mieux sauter devant une situation difficile. Les chercheurs français mettent l'accent sur l'idée du saut en arrière pour se délier d'une situation difficile (S. Tisseron, 2007). ²¹⁷

Pour B. Cyrulnik (2001), le mot étant lié à la physique, il désigne « *l'aptitude d'un corps à résister aux pressions et à reprendre sa structure initiale* ». ²¹⁸

²¹⁵ ANAUT, M. *La résilience - Surmonter les traumatismes*. Paris : Nathan, 2003, p. 82.

²¹⁶ POILPOT, M.-P. *La résilience : le réalisme de l'espérance*, 2010, p. 10.

²¹⁷ TISSERON, S. *La Résilience*. Paris : PUF, 2007, p. 4.

²¹⁸ *Résilience : le secret de ceux qui s'en sortent*. Psychologies, p. 50.

Le concept de résilience remonte aux théories de l'attachement qui ont été développées par J. Bowlby (1959).

Mais c'est à partir des années 1990 que le concept de résilience prend son essor en France et en Europe.

En psychologie, ce concept prend plusieurs sens selon les courants psychologiques.

Pour M. Rutter (1998), « *la résilience est la capacité de bien fonctionner malgré le stress, l'adversité des situations défavorables* », la possibilité de surmonter, au moins partiellement, des conditions difficiles d'un type ou d'un autre ». ²¹⁹

Les psychanalystes considèrent le traumatisme comme « *l'agent de résilience* ».

Selon M. Anaut (2003), la résilience peut se définir comme « *la capacité de sortir vainqueur d'une épreuve qui aurait pu être traumatique, avec une force renouvelée* ». M. Anaut (2003) indique que le concept de résilience renvoie à deux types de réactions. La résilience impliquant l'adaptation face au danger ; il s'agit d'un développement normal en dépit des risques, et un ressaisissement de soi après un traumatisme. ²²⁰

Dans cette perspective, C. De Tychev (2001), cité par K. Mekiri (2010), indique « *qu'un consensus semble établi pour définir la résilience comme la capacité de l'individu de se construire et de vivre de manière satisfaisante malgré les difficultés et les situations traumatiques auxquelles il peut se trouver confronté* ». ²²¹

Dès l'origine, le concept de résilience s'inscrit du côté d'une psychologie des comportements. De ce point de vue, S. Tisseron (2007) indique que cela amène à envisager la résilience dans deux domaines essentiels : la capacité de résister à des situations traumatiques et la possibilité de transformer un traumatisme pour en faire un nouveau départ. ²²²

Pour d'autres auteurs comme S. De Mijolla (2006), cité par S. Tisseron (2007), le terme résilience serait réservé à la désignation d'un processus psychique proche de ce que S. Freud

²¹⁹ JOSSE, E. *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. Bruxelles : De Boeck, 2014, p. 118.

²²⁰ ANAUT, M. *La résilience - Surmonter les traumatismes*. Paris : Nathan, 2003, p. 7.

²²¹ MEKIRI K. « Considérations théoriques sur la résilience ». In *Psychothérapies, pathologies limites et résilience*. Casbah édition, 2010, p. 314.

²²² TISSERON, S. *La Résilience*. Paris : PUF éd. « Que sais-je », 2007, p. 11.

appelait « *sublimation* » et désignerait la capacité de transformer en richesses intérieures les conséquences pénibles d'un traumatisme.

Pour B. Cyrulnik (1999), la résilience peut concerner l'individu uniquement, mais elle peut aussi concerner un groupe. Il la définit comme : « *la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative* ». ²²³

Dans la même perspective, M. Delage (2003) parle de résilience familiale. Il indique que lorsqu'une personne est victime d'un traumatisme psychique, sa famille est aussi impliquée par les liens qui les attachent. Il définit la résilience familiale comme « *la capacité développée au sein d'une famille, elle-même éprouvée à soutenir et aider un ou plusieurs de ses membres victimes de circonstances difficiles, ou à construire et offrir une vie riche et épanouissante à chacun de ses membres malgré des événements ou un environnement difficile auxquels l'ensemble est soumis* ». ²²⁴

X.2. Processus de résilience

S. Tisseron (2007) évoque les processus de résilience, c'est-à-dire s'intéresser à la dynamique de la résilience et à son fonctionnement dans ses aspects multifactoriels ».

Beaucoup de psychanalystes interprètent le processus de résilience en se référant à la métapsychologie freudienne.

Pour B. Cyrulnik (1999) et M. Anaut (2003), la résilience se constitue en deux étapes :

1-La résilience à court terme : le premier temps est la confrontation à l'événement caractérisée par la résistance à la désorganisation.

²²³ CYRULNIK, B. *Un merveilleux malheur*. Odile Jacob, 1999.

²²⁴ DELAGE, M. *Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques*. *Thérapie Familiale* 2002/3 (Vol. 23), p. 269-287, Éditeur Médecine & Hygiène.

2-La résilience à long terme : c'est le second temps qui consiste à intégrer le choc et à le surmonter par un processus de reconstruction de la personnalité (B. Cyrulnik, 1999).

Toutefois, le recours à un processus d'autoréparation ne serait mobilisable qu'en fonction d'un potentiel existant chez l'enfant avant le traumatisme.

La résistance désigne le « *coping* opérant », mécanisme de défense qui permettrait une survie.

En effet, l'être humain rencontre dans sa vie des situations stressantes auxquelles il doit faire face, s'adapter. Cette manière de s'adapter prend la forme d'une défense cognitive connue sous le nom de « *coping* ».

Il y a deux types de *coping* :

- 1- L'un centré sur la situation stressante, ce type de *coping* est en lien avec le concept de résilience et concerne l'adaptation du sujet à la situation traumatisante,
- 2- L'autre, centré sur l'état émotionnel du sujet face à cette situation.

Il faut noter que dans la théorie cognitive-comportementale, le « *coping* » est une stratégie qui vise l'adaptation essentiellement comportementale. Par contre, le sens adaptation en psychanalyse a une définition large en rapport avec la prise en considération de la réalité par le biais d'un bon travail de secondarisation de la part des mécanismes psychiques du Moi.

Le processus de résilience prend en compte le type de traumatisme et les conditions de survenue de la confrontation à l'événement traumatique (environnement humain et particularité physique).

M. Delage (2001), cité par K. Mekiri (2011), précise qu'il existe trois étapes caractérisant le processus de résilience :

1-La capacité à s'extraire de l'expérience traumatisante, le sujet utilise le déni ou la mise en œuvre d'états dissociés de la conscience.

2-La capacité à maîtriser la situation traumatique par le contrôle des affects. Dans cette étape, soit il utilise le clivage, soit il maintient l'humour. Il peut aussi développer un imaginaire qui rend l'agression en scénario supportable. Il peut également avoir un développement de l'abstraction et de l'intellectualisation qui vont dans le sens de la maîtrise de l'agression. Pour

finir, le sujet peut développer une théorie de vie basée sur le sentiment de justice qui donne sens à l'action.

3-La capacité à instaurer des liens de qualité avec un environnement ressource, le sujet recourt à l'ouverture d'esprit, l'empathie, l'altruisme, l'inventivité, la créativité et la possibilité de mise en récit de l'expérience subie

Il faut noter qu'un sujet peut être résilient à un moment de sa vie, et cesser de l'être à un autre, comme il peut être résilient face à une situation extrême à un moment donné et ne pas être résilient lorsque confronté à un autre type d'événement.

Les mécanismes psychiques mis en jeu dans la construction de la résilience individuelle et familiale se déploient selon deux axes : l'axe intra psychique et l'axe relationnel interactionnel (M. Delage, 2002).

L'analyse des deux axes :

- ***L'axe intra psychique*** concerne les moyens mis en œuvre pour lutter contre les effets traumatiques de certaines situations et événements. Ils font appel :

- À la capacité à mettre en représentation, à construire un imaginaire capable de gérer les sensations, les émotions, les états du corps suscités par un traumatisme.
- Au traitement cognitif de l'information et à la capacité à s'organiser, planifier, fixer des objectifs ; capacité d'autant plus développée par la mise à distance et le contrôle des affects.
- À la capacité de mise en action des processus de pensée dans l'inventivité, la créativité, le jeu, le combat, etc.

- ***L'axe relationnel, interactionnel***, fonctionnement intersubjectif et capacité de socialisation.

M. Delage (2002) indique que « *si d'un côté on met l'accent sur des caractéristiques individuelles et des facteurs de personnalité, d'un autre côté, on ne peut guère parler de résilience sans l'existence de relations soutenant d'un environnement ressource, des*

relations avec des personnes capables de recevoir sa souffrance et le récit des expériences subies ». ²²⁵

L'analyse de l'axe relationnel - interactionnel dépend selon B. Cyrulnik (1998) de la prise en considération de nombreux facteurs qu'il considère comme profil de l'individu résilient : un Q.I. élevé, une capacité d'être autonome et efficace dans ses rapports à l'environnement, ayant le sentiment de sa propre valeur, de bonnes capacités d'adaptation relationnelles et d'empathie, de la capacité d'anticiper et de planifier, et enfin du sens de l'humour.

En ce sens, la résilience désigne « *l'art de s'adapter aux situations adverses (conditions biologiques et socio-psychologiques) en développant des capacités en lien avec des ressources internes (intrapyschiques) et externes (environnement social et affectif), permettant d'allier une construction psychique adéquate et l'insertion sociale* ». ²²⁶

Sur le plan intrapsychique, la résilience fait recours à des mécanismes de défenses adaptés et à un travail de mentalisation, d'élaboration mentale, à une opération de symbolisation et d'attribution de sens permettant de traduire des « excitations externes » en représentations mentales partageables.

La mentalisation est « la capacité à traduire en mots, en représentations verbales partageables, les images et les émois ressentis pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour l'autre et pour soi d'abord (C. De Tychey, 2001). ²²⁷

Toute « mentalisation » est une « opération symbolique » (N. Abraham et M. Torok, 1978). Celle-ci engage à la fois les mots, les affects, la motricité et les images psychiques (S. Tisseron, 1992- 2005). ²²⁸

La résilience trouve ses racines dans l'enfance, dans la relation établie entre les parents avec son enfant. La capacité de résilience est directement liée à la qualité des liens d'attachement précoces entre la mère et l'enfant. Selon R. Gilligan (1997), cité par M. Anaut (2003), le développement du fonctionnement résilient d'un individu s'étaye sur la base d'un tripode constitué de trois domaines de construction de la résilience :

²²⁵ DELAGE, M. *Traumatisme psychique et Résilience Familiale*, Revue Francophone Du Stress et du Trauma 2002 ; 2 (2) p. 69-78.

²²⁶ ANAUT, M. *La Résilience - Surmonter les traumatismes*. Nathan, 2003, p. 33.

²²⁷ *Ibid.*, p. 82.

²²⁸ TISSERON, S. *La Résilience*. Paris : PUF, 2007, p. 22.

1-Sentiment d'avoir une base de sécurité interne,

2-L'estime de soi,

3-Le sentiment de sa propre efficacité.²²⁹

X.3. Les facteurs de résilience

La plupart des auteurs admettent qu'il existe plusieurs facteurs internes et externes favorisant le déclenchement du processus de résilience.

La capacité à rebondir après un évènement dépend des caractéristiques psychiques propres à l'individu (type d'attachement précoce, tempérament et traits de personnalité, mécanisme de défense et de *coping*, processus de mentalisation). Ce sont les facteurs internes.

Selon B. Cyrulnik (2001), les facteurs internes sont classés sous le terme de « tempérament » qu'il définit comme « *la capacité de l'homme à se faire aimer ; sa révolte et son refus d'être condamné au rôle de victime passive ; la possession d'une forte « dose » de mégalomanie, de déni et d'humour* », ainsi que les traits de personnalité (cité par K. Mekiri, 2011, p. 132).

Les facteurs externes sont les variables de l'environnement telle que la famille, la culture, l'école, les amis.

Des interactions et interrelations entre le sujet et contexte : « *la résilience et la croissance post-traumatique ne se construisent pas uniquement grâce aux ressources personnelles ni exclusivement grâce à l'environnement, mais par un maillage serré entre les deux* »²³⁰.

²²⁹ ANAUT, M. *La Résilience : Surmonter les traumatismes*. Nathan, 2003, p. 73.

²³⁰ JOSSE, E. *Le traumatisme psychique chez l'adulte*, p. 121.

DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

La question du traumatisme est une question d'une extrême sensibilité qui peut réveiller chez les personnes interrogées de nombreuses blessures. Elle exige pour cela une approche méthodologique adaptée et une grande flexibilité du chercheur qui lui permettra de révéler le contenu psychique en lien avec ce traumatisme.

I. Méthode de recherche et population d'étude

Afin de cerner les dimensions plurielles que sollicite la question du trauma et du travail de symbolisation, nous nous sommes appuyée pour notre étude de terrain, à la fois sur une méthode d'enquête et sur une méthode clinique.

La méthode d'enquête est destinée à saisir l'importance du phénomène étudié, alors que la méthode clinique nous a permis d'aller au fond des faits observés et de comprendre l'influence qu'ils exercent sur les conduites psychiques individuelles.

La recherche porte sur un groupe de femmes irakiennes qui ont fui la guerre et les violences dans leur pays et qui se sont réfugiées en Syrie.

Ces sujets ont été rencontrés dans un Centre social d'accueil de la Croix-Rouge pour les femmes réfugiées en Syrie.

II. Instruments d'investigation

Nous avons eu recours à quatre (4) instruments que nous considérons comme complémentaires et adaptés à nos objectifs de recherche et à la population concernée.

- 1- L'entretien
- 2- Le récit de vie
- 3- Le Traumaq : questionnaire d'évaluation du traumatisme
- 4- L'échelle de l'estime de soi de Rosenberg

II.1. L'entretien

- L'entretien, destiné à atteindre le niveau conscient de l'expérience de la guerre et de ses conséquences, se fixe également pour objectif de recueillir un ensemble de données concernant le vécu des sujets et les spécificités de la société irakienne pendant la guerre. Il permet également de travailler le rapport entretenu par le sujet avec son environnement.
- Le recueil des entretiens
En traitant le parcours de vie, à la fois pré- et post-trauma, il s'agissait de saisir l'impact du traumatisme. Tout en mettant l'accent sur l'événement le plus douloureux, il fallait garder au questionnaire toute la neutralité utile et aider le sujet à s'exprimer librement à partir de deux questions cibles concernant l'évocation spontanée du départ de l'Irak et de l'événement le plus douloureux vécu. La dernière question concerne le sens donné aujourd'hui à cette expérience traumatisante.

II.2. Le récit de vie

- Le récit de vie a pour objet de nous renseigner sur les expériences de vie des sujets aux différentes étapes et plus particulièrement celles qui ont précédées et suivies la période de la guerre et des traumatismes qu'ils ont subis ou pour lesquels ils ont été les témoins directs. Cette reconstitution bibliographique est pour nous une source de données pour l'analyse du traumatisme et de ses effets.
- Pour notre recherche, nous avons procédé à l'analyse des données recueillies à partir du questionnaire d'évaluation du traumatisme (Traumaq), des récits de vie et de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg.
- Il s'agit, à partir de cette démarche de faire la reconstitution biographique du vécu des sujets depuis la naissance et de déceler les changements induits par l'évènement douloureux traumatique.

Pourquoi le récit de vie :

Notre travail va consister, avant tout, à trouver avec le survivant la parole.

Au moment du traumatisme, le sujet traumatisé a manqué d'outils de pensée qui lui auraient permis de maîtriser mentalement la situation. S. Freud (1893) a emprunté à Aristote le mot catharsis pour désigner l'effet de décharge bénéfique des affects pénibles nés d'une expérience traumatisante.²³¹

Pour le traumatisé, parler revient à établir un lien avec son histoire, son vécu traumatique, son récit de vie, et la temporalité associée à la notion d'évènement.

Parler, c'est dire le temps, quand le traumatisé raconte, répète ce qui lui est arrivé, les associations des idées servent à lier le temps, le temps avant le coup et le temps après. Le temps lie donc vie et mort. Cette mise en forme réunifie les éléments dispersés de l'expérience traumatique et l'inscrit dans le temps, L. Crocq (2012) précise : « *il s'agit d'une énonciation et non pas d'un récit, ces associations d'idées sont très importantes. Le patient doit verbaliser ce qu'il a ressenti. Ainsi, il va maîtriser l'évènement qui ne sera plus un mystère, et le restituera dans la liste de tous les évènements. Ce sera un souvenir parmi d'autres. Les associations d'idées servent à relier l'évènement avec l'avant et l'après pour qu'il*

²³¹ JOSSE, E. *Métaphore et traumatisme psychique*, 2013.

*ne soit plus perçu comme un "corps étranger" ».*²³² Donc, entre l'idée d'une vie brisée et celle de sa (re)construction temporelle à travers le récit, une première relation s'établit, une recherche sur la vie, un premier pas vers la construction de sens et d'appropriation de son histoire.²³³

Pour conclure ce paragraphe, on peut noter que recueillir les données dans une recherche n'est pas toujours facile surtout quand il s'agit d'une situation de violence tel que le traumatisme de guerre. Nous avons choisi le récit de vie en le considérant comme la voie possible, l'outil le plus pertinent qui nous permet l'accès à l'histoire vécue, et la question d'élaboration du traumatisme psychique et de construction du sens sur son vécu.

II.3. Le TRAUMAQ

Le questionnaire Traumaq²³⁴, construit à partir du DSM-IV, permet de déceler la présence ou non d'un traumatisme chez les sujets.

Le Traumaq se fixe d'évaluer le syndrome post-traumatique, suite à l'exposition à un événement comportant une menace de mort pour soi ou pour les autres (critère A de DSM-IV), voire des modifications de personnalité suite à un événement traumatique.

Le Traumaq permet d'accéder aux symptômes généralement observés tels que *le syndrome pathognomonique de répétition, les évitements phobiques et les symptômes neurovégétatifs*. Il permet également d'évaluer des symptômes qui leur sont fréquemment associés, notamment l'état dépressif et les somatisations.

Ce test prend également en compte le « vécu traumatique » et plus particulièrement la honte, la culpabilité, l'agressivité et les répercussions sur la qualité de vie.

Ce questionnaire s'adresse aux adultes, à partir de dix-huit ans, confrontés directement et de façon brutale avec le réel de la mort. Ce sont les sujets qui ont eu une perception directe de l'événement, comme les victimes ou les témoins d'une infraction pénale (agression sexuelle, viol, agression, coups et blessures volontaires, agression à main armée, prise d'otage,

²³² CROCQ, L. *16 Leçons sur le trauma*. Odile Jacob, 2012, p. 189.

²³³ EZVAN-LEVENEUR, M. *Vécu de mort/Histoire de vie- le récit de vie dans les situations de violence subie*. 2007-2008.

²³⁴ DAMIANI, C., PEREIRA-FRADIN, M. *Manuel Traumaq, Questionnaire d'évaluation du traumatisme*. Paris : Editions du Centre de Psychologie Appliquée, 2006.

séquestration, etc.), les adultes, victimes ou témoins d'un sinistre majeur avec une menace de mort et enfin les adultes victimes ou témoins d'un accident de la voie publique.

Le questionnaire lui-même est composé de deux parties :

La première vise à rapporter le vécu durant l'événement et les réactions postérieures à celui-ci ; elle constitue la base du questionnaire permettant d'établir le diagnostic.

La seconde est destinée à mesurer le délai d'apparition et la durée des troubles décrits (échelle facultative).

II.4. L'échelle de l'estime de soi de Rosenberg

L'Échelle d'estime de soi de Rosenberg a été développée par le chercheur américain Morris Rosenberg (1965) et mesure le niveau global de l'estime de soi. Rosenberg définit l'estime de soi comme étant « *une orientation positive ou négative envers soi-même ; une évaluation globale de sa valeur* ». ²³⁵

L'échelle permet d'évaluer les facteurs d'acceptation de soi dans l'estime de soi.

L'échelle de Rosenberg est composée de 10 items. Les réponses des sujets sont recueillies au moyen d'une échelle de Likert en 4 points, de 1 « fortement en accord » à 4 « fortement en désaccord ».

²³⁵ ROSENBERG, M. *Rosenberg's Self-Esteem Scale*. 1965. *Society and the Adolescent Self-Image*. Traduction de VALLIERES, E.-F., VALLERAND, R.-J. *Journal of Psychology* 25, 1990.

III. Objectifs assignés aux instruments d'investigation

En s'intéressant à la question du travail d'élaboration psychique de l'événement traumatique, de la mise en pensée et du sens donné, l'objectif de notre démarche est d'évaluer l'impact de l'événement traumatique sur le sujet, en décelant un « avant » et un « après », afin de révéler l'absence de représentation, le non-sens qu'a constitué l'expérience traumatique.

Les questionnaires du Traumaq nous permettront de diagnostiquer la présence ou non d'un traumatisme.

En ce qui concerne l'enveloppe psychique, elle est maintenue par un espace d'écoute, un espace contenant qui a son étayage sur la communication au sein de la famille. Lorsqu'elle est ouverte et attentive, elle permet la consolation et la mise en place d'une activité narrative. Cet étayage permet de contenir l'angoisse et de mettre en place le travail de pensée, de mentalisation à l'origine de la représentation et de la mise en sens. En revanche, lorsqu'elle est en faillite, l'individu trouve les ressources nécessaires dans son environnement.

En ce concerne **l'estime de soi**, afin de l'évaluer et de voir l'impact du traumatisme sur celle-ci, nous nous appuyons sur :

- l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg et
- la question (I) 4 du Traumaq (questionnaire d'évaluation du traumatisme) : « *depuis l'événement, vous sentez-vous dévalorisé ?* »
- l'analyse des récits de vie

L'objectif est de vérifier si l'estime de soi est atteinte en conséquence du traumatisme vécu ou en conséquence de l'exil.

L'influence de l'exil sur l'estime de soi peut être :

- Négative, il diminue l'estime de soi,
- Positive, il renforce l'estime de soi.

IV. Les démarches de la recherche

Nous avons fait un large travail de connaissance des études pratiques menées sur les terrains de la violence et de la guerre. Cette étape indispensable n'a pas toujours été facile du fait de l'accès à des sources traitées à partir de la psychologie.

Nous avons ensuite fait un travail de terrain auprès des populations irakiennes réfugiées en Syrie et en France. Ce travail a demandé beaucoup de temps et provoqué des résistances diverses de la part des sujets retenus pour notre étude.

Cette situation a rendu très complexe nos investigations sur le terrain ; il nous a fallu nous rendre à plusieurs reprises en Syrie mais sans réussir à travailler avec nos sujets tel que nous le souhaitions. Il y avait d'une part une difficulté à surmonter les effets du traumatisme et d'autre part une méfiance à interpréter d'un point de vue politique et idéologique. Nous avons cependant réussi à atteindre une dizaine de cas.

Le travail de terrain a été effectué en langue arabe.

Les questionnaires du Traumaq et l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg ont été traduits en langue arabe.

L'échelle de l'estime de soi de Rosenberg était disponible en version arabe. En revanche, nous avons traduit les questionnaires du Traumaq « *questionnaire d'évaluation du Traumatisme* », de C. Damiani et M. Pereira-Fradin (2006) par ECPA (les Editions du centre de psychologie Appliquée) en s'appuyant sur des tests d'évaluation du traumatisme en version anglaise traduite en arabe dans le livre : *Le traumatisme psychique de la guerre et de la catastrophe 1991*.

V. Les difficultés rencontrées

Dans cette recherche, nous avons été confrontée à plusieurs difficultés :

- Celles concernant notre position de chercheur et aux situations de guerre et des cas traumatisés et réfugiés en Syrie.
- Celles concernant l’outil et son adéquation avec ce monde culturel et la question du traumatisme psychique.
- Celles liée à la difficulté de traduction.

V.1. Difficultés concernant notre position de chercheur face aux situations de guerre

Au début, en arrivant sur le terrain de recherche (le centre des réfugiées), beaucoup de questions nous ont préoccupée comme l’entretien, une situation de communication particulière dans un contexte difficile et des femmes traumatisées de guerres et réfugiées en Syrie.

Nos questions relevaient des réflexions suivantes : comment créer des conditions de paroles afin de les inviter à parler ? Comment créer la confiance ? Est-ce que nous allons rencontrer de la résistance ? De quelle manière allons-nous accéder aux informations pertinentes pour qu’un dialogue devienne un acte professionnel qui permette d’accéder à la charge traumatique de leur passé ?

Nous avons donc effectué une pré-enquête pour expérimenter notre technique. Malheureusement, nous ne pouvions noter le plus fidèlement possible le contenu des entretiens compte tenu des difficultés liées au sentiment de méfiance chez les sujets traumatisés et de la situation politique complexe vécue.

Au début, lorsque nous avons rencontré les femmes au centre, l'idée de faire de la recherche à l'aide de leur récit leur a paru curieuse. Certaines ont refusé.

Avant de commencer les entretiens, il est demandé au sujet s'il accepte que son intervention soit enregistrée, tout en lui expliquant que son nom et le nom des autres personnes évoquées seront tenus secrets. Il lui est dit que cet enregistrement est fait dans le but d'être à l'aise et disponible pour bien l'écouter tout en recueillant le maximum de données utiles pour la recherche. Les entretiens ne se sont pas déroulés pas comme je l'aurais imaginé. Tous les sujets ont refusé que leur témoignage soit enregistré. Une femme a quitté la salle précipitamment à la vue de l'appareil d'enregistrement.

Les particularités de cette population et les raisons migratoires sous-jacentes se sont ajoutées à la complexité du sujet. En effet, en raison du régime dictatorial, les années de guerre et la guerre civile sous le joug duquel étaient les Irakiens a rendu ces femmes très méfiantes quand il a été question de parler de l'Irak et de leur vécu en Irak. Lors du déroulement des questionnaires, nous avons senti chez les personnes interrogées certaines réserves, voire de l'inquiétude, à répondre aux questions. Bien que les ayant rassurées, elles ne se sentaient pas tranquilles quant à la finalité et à l'objet de ce travail.

Sur le plan pratique, il n'a pas été possible d'enregistrer les entretiens. Je n'ai pu négocier qu'une prise de note.

Le lendemain, la directrice du centre m'a demandé de taire le sujet de la recherche. Elle a rassuré les femmes à mon sujet, en me présentant en tant qu'assistante sociale et conseillère psychologique exerçant un métier de coach. Elle m'a identifiée en tant que syrienne vivant en France et les a encouragées à venir vers moi, ayant la compétence pour les aider à résoudre leurs problèmes.

La relation de confiance se tisse en établissant les objectifs et en expliquant que cet entretien est un moment privilégié pour qu'elles puissent exprimer leurs souffrances, problèmes et différences.

La directrice a joué un rôle très important afin de les rassurer et de les mettre en confiance.

De fait, au début de l'entretien, je les ai assurées que j'étais là pour les écouter et que j'étais tenue au secret professionnel (tout ce que va être dit en entretien est secret) et que les règles d'anonymat seront également respectées. Ce qui a permis d'instaurer une certaine confiance.

Aucune n'a manifesté un mutisme et/ou une indifférence quant aux questionnements qui lui étaient posés, ou encore émis un refus catégorique de parler de son vécu traumatisant. Au contraire, ces femmes ont exprimé le besoin de parler de leurs souffrances et elles ont accepté la prise de notes.

Écouter et récit, difficultés rencontrées

Aborder le vécu du traumatisme, rappeler les moments de violence terrifiants révélateurs pour le traumatisé de sa vulnérabilité, les moments où le réel de la mort est devenu réalité, n'est pas une tâche facile. En effet, donner un récit, c'est se souvenir des affects, ressentir les émotions refoulées. Cela peut présenter un danger de nouvel écrasement psychique. B. Cyrulnik (1999) indique que : « *l'idée ne sera pas de faire raconter le passé pour le revivre mais pour le reconstruire* ». ²³⁶

Écouter les souffrances vécues par les victimes du traumatisme extrême tel qu'elles sont vécues par nos cas d'études n'est pas une tâche facile. Dans le cadre de cette recherche, nous traitons un sujet si sensible qu'il requiert une certaine qualité d'écoute.

En qualité de chercheur, notre objectif était de recueillir des données, mais la spécificité de la problématique nous a amenée à changer de posture pour occuper dans une certaine mesure la place de thérapeute. La demande des femmes réfugiées suggérait que je les soulage dans leur souffrance. Être dans l'écoute attentive et bienveillante de vécus de femmes ayant fait la rencontre avec l'indicible horreur accentuait cette posture. Nous avons donc fait le choix de laisser la scène se dérouler librement avec une écoute silencieuse.

Mais cette position est une arme à double tranchant : d'une part, elle nous a permis d'accéder aux vécus psychiques, à la représentation des cas et à capter les émotions ; mais d'autre part, elle nous a chargée d'une énorme responsabilité comme dans le cas de Fadhila. Elle nous a rendue dépositaire de son terrible secret, l'inceste dont elle a été victime et qui a généré en nous un effet de sidération, narré de manière si inattendue, à quelques minutes de la fermeture du centre pour les fêtes et mon retour en France. Nous avons été inquiète des conséquences du fait de la réactualisation de son trauma. Nous avons donc contacté un psychiatre qui nous a rassurée. Le secret était levé, elle a pu trouver la personne qui a été capable de l'entendre au bon moment et capable d'écouter sa détresse avec bienveillance.

²³⁶ CYRULNIK, B. *Un merveilleux malheur*. Paris : Éditions Odile Jacob, 1999.

V.2. Difficultés concernant les outils de recherche

Au début de notre recherche, les outils sont :

- *Les récits de vie* : permettant de faire la reconstitution biographique de ce qui s'est passé depuis la naissance jusqu'au jour de l'entretien.
- *Les entretiens* : permettant de déceler les changements après l'évènement douloureux, c'est-à-dire de « délimiter » un avant et un après trauma afin de voir quel est l'impact du traumatisme sur le sujet.
- *Le TAT* : épreuve projective qui fait simultanément appel au laisser-laisser (imagination libre) et au contrôle (histoire à partir du matériel).

L'utilisation de cet outil de médiation révélera ce qui n'a pas été dit au cours de l'entretien.

- *Le AAI* : il se focalise sur l'état actuel de la personne à l'égard de ses expériences relationnelles durant son enfance et s'avère complémentaire du Ca-mir (auto-questionnaire pour la description des modèles internes).

Le TAT (*Thematic Aperception Test*) est une technique projective utilisée en psychologie clinique. Le TAT comporte trente et une planches : dessins, photographies, reproduction. Le principe est de montrer des planches, dessins figuratifs représentant des situations sociales variées et ambiguës, les participants devant bâtir des histoires en décrivant ce qui se passe dans chaque dessin et ce qui se produit ensuite, ce qui est appelé passation.

Le principe du test est que les individus projettent pour chaque scène, leurs propres valeurs, intérêts et motivations.

La consigne de H. Murray (1935) propose au sujet plusieurs planches et lui demande de raconter une histoire pour chacune d'entre elles. L'histoire doit contenir des détails, avoir un début, une fin, un aperçu de ce qui s'est passé avant et un énoncé des sentiments des personnages.

L'interprétation selon H. Murray implique l'hypothèse selon laquelle les histoires inventées par le sujet sont en fait des évocations déguisées de sa conduite dans la vie réelle. Ce test a pour ambition de révéler « certaines composantes fondamentales de la personnalité : pulsions, émotions, sentiments, complexes et conflits ». ²³⁷

Le TAT permet au sujet de projeter sa personnalité selon sa manière de percevoir la réalité et d'organiser son expérience émotionnelle face à cette réalité.

Nous avons intégré des photos de guerre afin d'inciter les sujets à raconter des histoires liées à leur vécu.

Les premières passations de test ont mis en lumière les difficultés de passer le TAT :

Pendant la passation des planches, il était difficile pour certains cas de penser et de raconter une histoire, ce qui a sollicité un sentiment d'insécurité. Dans un cas, lorsque la femme a vu la planche représentant les soldats et les chars de guerre, elle l'a jetée et a quitté la salle.

Quelques cas ont refusés de raconter des histoires.

Certaines ont refusé sous prétexte qu'il fallait du temps pour raconter, et qu'elles ne l'avaient pas.

Nous n'avons réussi à faire la passation du TAT que sur un seul cas.

La pré-enquête nous a révélé les difficultés de passation du test TAT dans la complexité de situation des cas traumatisés de guerre et des conditions au centre. Ce qui nous a amené à abandonner cet outil de recherche et chercher un outil plus adapté à la situation.

L'AAI : qui s'avère complémentaire du Ca-mir (auto-questionnaire pour la description des modèles internes).

Au début de notre recherche, nous avons été particulièrement intéressée par la théorie de l'attachement de *J. Bowlby* (1958) et à ses conséquences sur l'estime de soi.

La théorie de l'attachement de *J. Bowlby* « *postule que la qualité des relations précoces avec les figures parentales joue un rôle majeur dans le développement de l'estime de Soi et la qualité des relations avec l'entourage à l'âge adulte* ».

²³⁷ ACADEMIC, Encyclopédie universelle T.A.T.

Le modèle interne : J. Bowlby (1973) a développé le concept de modèles internes opérants (« *Internal working models* » M.I.O.) en s'inspirant du psychologue britannique K. Craik (1943) pour désigner les modèles mentaux que l'enfant se construit.²³⁸ Les M.I.O. sont 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.²³⁹

En effet, le modèle interne (M.I.O.) que l'enfant développe à partir de modèle d'attachement donnent lieu à deux modèles : un modèle de soi comme représentation de soi plus ou moins digne d'être aimé, et un modèle d'autrui représentant la confiance à l'égard des autres, en particulier en situation d'alarme et de détresse. Ces MIO ont une fonction dynamique car ils opèrent dans la vie de l'enfant comme un filtre stable en colorant sa réalité d'une certaine manière. Ils guident l'enfant dans sa manière de se comporter et de comprendre le comportement d'autrui. Ces représentations de soi et des autres, construites à partir de la relation entre l'enfant et sa figure d'attachement, accompagneront plus tard l'individu et influenceront ses pensées, ses sentiments et ses comportements dans ses relations à l'adolescence et à l'âge adulte.²⁴⁰

L'estime de Soi est associée à l'autonomie qui engendre la capacité de gérer sa vie et de décider du sens à lui donner.²⁴¹

Nous voulons repérer le modèle interne afin d'évaluer l'estime de soi et le lier avec le processus de symbolisation pour vérifier notre hypothèse :

Pour se construire après un traumatisme, donner du sens et symboliser l'événement douloureux, il faut :

- avoir une enveloppe psychique assez forte et,
- avoir une estime de soi positive.

Le modèle interne, nous paraît devoir constituer un bon fil conducteur afin d'évaluer l'estime de soi.

On a décidé de recourir au CA-mir, questionnaire permettant de lier les données actuelles avec celles du passé.

²³⁸ JUIGNET, P. *Modèle interne opérant et psychisme*. Psychisme, 2012.

²³⁹ SAVARD, N. *La Théorie de l'Attachement : Une approche conceptuelle au service de la Protection de l'Enfance DOSSIER THÉMATIQUE*.

²⁴⁰ JUIGNET, P. *Modèle interne opérant et psychisme*. Psychisme, 2012.

²⁴¹ GODEFROID, J. *Psychologie : Science humaine et science cognitive*. Bruxelles : De Boeck, 2011, p. 787.

« Le CA-mir, qui est une version simplifiée de l'A.A.I., mis au point par B. Pierrehumbert, permet une passation relativement rapide en une quarantaine de minutes et un dépouillement assez facile. Ce questionnaire, validé statistiquement, explore le présent à travers des propositions sur la famille actuelle, le passé à travers des propositions concernant des expériences passées dans la famille d'origine, l'état d'esprit, les représentations générales des besoins émotionnels des enfants et des adultes ». ²⁴²

Nous avons traduit les questionnaires de Ca-mir car ils ne sont pas disponibles en langue arabe.

Lors de la passation des questionnaires CA-mir, nous avons pointé les difficultés à utiliser cet outil.

En effet, les questionnaires de CA-mir s'appuient sur la mémoire des relations avec les parents durant son enfance comme, par exemple :

L'item 2 : « Enfant, on me laissait peu d'occasions pour faire mes expériences. ».

L'item 15 : « Lorsque j'étais enfant, mes proches se montraient souvent impatients et irritables ».

L'item 29 : « Mes désirs d'enfant comptaient peu pour les adultes de mon entourage ».

L'item 39 : « Enfant, j'étais inquiet(e) d'être abandonné(e) ». ²⁴³

En effet, la plupart des cas traumatisés souffrent d'un trouble de mémoire, la plupart ont répondu par la réponse : « je ne me rappelle plus ». Il est difficile d'avoir des réponses fiables et certains sujets ont refusé de répondre.

Alors, nous avons décidé d'abandonner cet outil et de chercher un outil qui permettrait d'évaluer l'estime de soi.

Aussi, nous avons décidé d'utiliser le test de l'estime de soi de Rosenberg.

²⁴² DELAGE, M., LE BRETON, L., BAILLET-LUSSIANA, S. et al. : *Application de la théorie de l'attachement à la compréhension et au traitement du couple*, publié dans *Thérapie Familiale*, 2004/2 (Vol. 25), Éditeur Médecine & Hygiène, p. 171-190.

²⁴³ *Ibid.*

V.3. Difficultés liées à la traduction

Les récits de vie ont d'abord été recueillis en langue arabe ; nous avons dû les traduire par la suite en français. Pour certaines expressions, nous avons rencontré des difficultés pour restituer l'essence du sens. Il en fut ainsi par exemple lorsqu'il a été question de traduire un proverbe ou une métaphore et trouver les mots exacts pour les rendre en français.

En outre, le contexte d'échange avec les réfugiées traumatisées de la guerre permettait de percevoir le sens implicite. Le travail de transcription et de traduction entrepris hors contexte ne permettait pas de restituer toujours ces sens implicites, inhérents au « vouloir dire » de ces dames. Comme le dit D. Seleskovitch, « *le sens, c'est l'idée, ou si l'on préfère le vouloir dire du locuteur, et chez l'auditeur, le compris* » (cité par D.-H. Van, 2010).

La théorie du sens (ou théorie de l'école de Paris) de D. Seleskovitch et M. Lederer montre, d'une part, que tout énoncé mobilise aussi bien chez le locuteur que chez l'interlocuteur une double connaissance, linguistique et cognitive, et d'autre part, que traduire, c'est restituer dans une autre langue le sens partiellement explicité dans le texte. Ainsi, la traduction n'est pas un simple travail sur la langue ou sur les mots, mais plutôt sur le message, sur le sens.²⁴⁴

Pour la traduction des récits des femmes réfugiées, nous avons rencontré des difficultés pour trouver les mots qui donneraient le même sens.

Après avoir traduit les récits de vie, nous les avons fait relire par plusieurs personnes pour vérifier si elles ont perçu dans ces traductions le sens implicite que nous avons nous-même perçu dans le contexte de l'interlocution et que nous avons essayé de restituer. Ainsi, il nous a fallu beaucoup de temps pour aboutir, comme nous l'espérons, à une traduction fidèle.

La population de recherche est constituée uniquement de sujets de sexe féminin, nous n'avons pas eu accès aux hommes, le centre étant exclusivement destiné aux femmes. Il n'en existait pas pour les hommes.

²⁴⁴ VAN, D.-H. *La théorie du sens et la traduction des facteurs culturels*, 2010.

VI. Opérationnalisation des entretiens

Nous avons utilisé la méthode de l'entretien semi-directif conduit en **arabe**.

L'intérêt de ce type d'entretien se résume de la manière suivante :

L'entretien n'est ni tout à fait ouvert, ni tout à fait fermé, nous avons laissé la possibilité à nos sujets de nous parler ouvertement, avec leur propres mot et dans l'ordre qui leur convenait.

Pour encadrer ces récits de vie, nous avons construit notre entretien sur les événements les plus traumatisants, sur l'itinéraire emprunté pour arriver en Syrie, et la dernière question concernait le sens donné aujourd'hui à cette expérience traumatisante. Cela nous permettait de situer leur histoire et d'évoquer des événements/des changements importants survenus dans leur vie.

VI.1. Le déroulement de l'entretien

La consigne est de verbaliser spontanément l'expérience vécue, telle que le sujet ressent l'envie de le faire, où le préalable narratif n'est pas imposé, et où l'objectif thérapeutique s'adresse à des traumatisés de guerre qui sont en état de souffrance psychique et qui présentent des symptômes psycho-traumatiques.

La langue maternelle des femmes est nécessairement présente dans l'entretien. En effet, ces entretiens ont été faits en langue arabe, leur langue maternelle. L'utilisation de la langue maternelle servait de lien conducteur en mettant l'interrogé en confiance. Cela facilitait la confession des événements tragiques vécus.

Les entretiens ont été menés suivant une grille construite sur les thèmes suivants :

- L'évènement le plus traumatisant
- Le refuge en Syrie
- Le sens de la vie

Il s'agit dans un premier temps d'inviter le sujet à parler de l'événement le plus douloureux vécu qui constitue la question introductive, la question formulée comme suit : « *parlez-moi de l'événement le plus traumatisant que vous ayez subi et des circonstances qui vous ont poussée à quitter l'Irak et à venir en Syrie ?* ».

Après que le sujet a évoqué tout ce qui s'est passé au moment traumatisant, il est invité au terme de l'entretien à parler du sens donné à son vécu en lui posant la question suivante : « ***Aujourd'hui, quel sens donnez-vous à votre expérience ?*** ».

L'attitude adoptée face à des sujets en souffrance psychique est celle de l'écoute, en évitant toute suggestion et en gardant la souplesse facilitant la verbalisation des sentiments. En effet, afin de ne pas perturber le déroulement de l'entretien, il a été décidé de laisser le sujet verbaliser ses pensées et parler de son vécu douloureux afin d'arriver à mettre en mots ses représentations.

L'attitude adoptée durant l'entretien change selon l'état du sujet durant la verbalisation de son vécu traumatisant.

Nous n'avons pas eu de problème de silence, sauf avec Fadhila au début de l'entretien, puis Fadhila, criant, a brisé le silence en évoquant l'abus sexuel subi durant son enfance.

Nous avons pris quelques notes devant le sujet et, après qu'il ait quitté la salle, noté le maximum et fait la synthèse de son récit.

Notre objectif est devenu thérapeutique.

VI.2. L'échantillon

L'étude a été menée auprès des femmes irakiennes. Ces femmes ont fui la guerre de 2006 en Irak avec leur famille et ont vécu un trajet migratoire dangereux vers la Syrie.

Les sujets constituant la population de cette recherche sont dix femmes :

- | | | |
|----------------------|---------------------|--------------------|
| 1. Zeina (50 ans). | 5. Bakkia (50 ans). | 9. Amina (49 ans). |
| 2. Fadhila (22 ans). | 6. Karima (50 ans). | 10. Rima (36 ans). |
| 3. Salam (50 ans). | 7. Aicha (43 ans). | |
| 4. Tiba (53 ans). | 8. Amal (33 ans). | |

TROISIÈME PARTIE :
PRATIQUE ET RÉSULTATS DE
L'ÉTUDE

III.1. Études des cas

Dans cette partie, nous présentons les récits de vie des cas étudiés, ainsi que les résultats obtenus au questionnaire d'évaluation du traumatisme, « le TRAUMAQ », et le test relatif à l'estime de soi.

III.1.1. ZEINA

Zeina, irakienne de 50 ans, mariée et mère de 5 enfants. Elle est arrivée en Syrie en 2006, suite aux événements qui ont eu lieu en Irak (guerre de 2003, puis guerre civile).

-1-Récit de vie

Le récit de Zeina a permis de faire des observations importantes sur son état psychologique et ses conséquences.

Zeina, outre le déracinement qu'elle a subi en quittant l'Irak à cause de la guerre, a vécu plusieurs événements traumatisants du fait de la guerre.

Mais replaçons les événements dans leur contexte : Basra (ville au sud de l'État en proie à des troubles, comme le reste du pays). Cet été-là, la fille de Zeina, Fadhila (17 ans), se préparait à passer son baccalauréat. Elle projetait, au grand espoir de sa mère, de continuer ses études à l'université. Le système universitaire irakien permettait d'accéder aux études supérieures en fonction des résultats obtenus au baccalauréat. Il s'agissait, par conséquent, d'avoir les meilleurs résultats possibles à cet examen. Pour Zeina, voir sa fille accéder aux études, au savoir, à la connaissance et pourquoi pas, au monde professionnel, c'était prendre sa revanche personnelle sur une vie de femme au foyer ennuyeuse et routinière.

Zeina inscrit Fadhila à un cours de soutien pour préparer son baccalauréat dans les meilleures conditions. Mais la situation politique est catastrophique et tout son entourage lui conseille de ne pas laisser Fadhila sortir de la maison. Les recommandations pleuvent et se multiplient : « Ne laisse pas ta fille sortir, c'est dangereux ! », « Garde tes enfants à la maison, les rues sont incertaines ! », « Ne t'inquiète pas, ce n'est pas grave si elle ne fait pas d'études, c'est une fille après tout, ce sera quand même une bonne mère ! ».

Malgré toutes ces exhortations, Zeina résiste et envoie Fadhila suivre son cours préparatoire. Les jours se suivent, les cours se succèdent, tout va bien malgré la guerre civile qui fait rage.

Et puis, ce mercredi après-midi, Fadhila n'arrive pas. Zeina s'inquiète, téléphone à l'amie de sa fille, appelle son mari, personne n'a la moindre nouvelle de Fadhila. La soirée s'écoule, Fadhila ne rentre pas. Tout le monde est réuni dans la maison. L'ombre des kidnappings plane, tant de personnes se sont déjà faites enlevées.

« *C'est ta faute ! On t'avait dit de ne pas l'inscrire !* », « *Qu'est-ce que tu avais besoin de l'envoyer à ce cours ?* », « *Tu n'en fais toujours qu'à ta tête, si tu nous avais écoutés !* » ...

« *C'est ta faute !* »

« *C'est ma faute !* », « *Je ne reverrai jamais ma fille !!!* », « *Que lui est-il arrivé ? Est-elle morte ? Est-elle torturée ? Est-elle violée ?* », « *Ma fille, ma petite fille...* ».

À la suite de cet événement, Zeina a déclenché un diabète (réaction immédiate inadaptée).

Ces pensées hantent Zeina qui ne trouve plus ni le sommeil, ni le repos. Elle se retrouve seule dans sa culpabilité. Elle ne mange plus, ne boit plus, ne dort plus. Zeina n'arrive même pas à pleurer, elle ne sait plus vivre. « *Je ne peux pas vous expliquer, les mots sont incapables d'exprimer mes sentiments, je n'arrivais pas à pleurer, je voulais crier, pleurer je n'arrivais pas, j'étais toute seule, impuissante* ».

Un tel traumatisme psychique ne peut que briser la trajectoire d'existence d'une personne, après cet événement : « ***la trajectoire de ma vie est radicalement brisée*** », dit-elle. Elle a imaginé le pire pour sa fille : « *j'avais peur que ma fille soit violée, je n'ai pensé qu'à ça* ».

Ce qui lui fait éprouver toute une gamme de sentiments : l'amertume, l'abandon, le désespoir, la culpabilité et l'effroi de perdre sa fille. L'attente d'avoir des nouvelles de sa fille était un moment de silence, d'attente terrible.

Deux jours plus tard, le téléphone sonne : Fadhila a été enlevée et les ravisseurs demandent une rançon. Les parents paient la rançon et Fadhila revient à la maison. Elle raconte sa captivité et ne semble pas particulièrement traumatisée (dans un état qui provoque plein de questions dit la maman).

Quelques temps plus tard, la famille reçoit des menaces de mort : « partez avant qu'on ne vous tue ! ». Les habitants étaient tués par des fanatiques de confessions différentes. Alors, la famille est partie pour Bagdad. La route était très dangereuse et, à chaque détour, le risque de mort était omniprésent. Les cadavres jonchaient les rues, l'odeur du sang, omniprésente marqua Zeina et les siens à tout jamais. Ils parvinrent en Syrie après un long voyage tout au long duquel la peur les habitait.

Durant le trajet qui les mena en Syrie, Zeina et sa famille ont été confrontées à la mort à plusieurs reprises. Elle a vécu avec la mort, une mort nue absolue, parce qu'ayant perdu tout rapport à la vie, sa pensée était suspendue à la mort : « *je meurs* ». Le déroulement du temps s'est arrêté. Le traumatisme psychique projetait la personne dans cette marge, un espace d'attente qui est aussi un espace d'impuissance. R. Kaës (1979) situe l'**impensable** comme quelque chose « *de l'ordre du vide, du déchet, du trou, de la blessure* » et se réfère à « certaines perceptions qui ne peuvent se traduire par des mots ». Le sujet se trouve figé, interdit, devant une chose pour laquelle il n'a aucun signifiant à sa disposition. Cette impossibilité à nommer l'être avait à voir avec la mort, absolue, parce qu'ayant perdu tout rapport à la vie, une sensation totalitaire à la force irrésistible dont l'importance, l'inattendu, l'absolutisme la rendent in-symbolisable, non intégrable dans le langage.²⁴⁵

ZEINA raconte que depuis le jour de l'enlèvement de sa fille, sa vie a changé, elle n'arrivait plus à sourire, elle n'arrivait pas à oublier.

-2-Questionnaire d'évaluation du traumatisme

L'intensité de la manifestation du traumatisme est mesurée à l'aide d'une échelle se composant de nulle « 0 » à très forte « 3 ».

L'échelle A, composée de 8 items concerne le **ressenti pendant le déroulement de l'événement**. L'analyse des résultats obtenus révèle un état traumatique élevé. En effet, à cet item, Zeina obtient un score de 23 (max = 24). Les réponses montrent que Zeina s'est « plusieurs fois bien vue mourir », a été « submergée par l'angoisse et s'est sentie abandonnée, impuissante, incapable de réactions adaptées, elle ne pouvait ni pleurer ni crier ».

²⁴⁵ KAËS, R., MISSENERD, A. et al. *Crise, rupture et dépassement*. Paris : Dunod, 1979, p. 35.

Les échelles (B, C, D, E, F, G, H, I, J) abordent : **le ressenti actuel, c'est-à-dire depuis l'événement.**

L'échelle B, composée de 4 items, vérifie l'omniprésence de l'événement. La note brute obtenue à ce test est 12 (max = 10 et plus). Cela traduit que Zeina est envahie par des images forcées ; elle vit le passé en tant que présent.

L'échelle C, composée de 5 items, vérifie le trouble du sommeil. La note obtenue à ce test est de 15 (max = 14 et plus). Cet état est confirmé par les dires de Zeina qui confie faire des rêves, des cauchemars avec des nuits chargées d'angoisse caractérisées par des réveils nocturnes. Cela confirme et valide les données du test.

L'échelle D, composée de 5 items, vérifie l'état d'angoisse. La note obtenue à ce subtest est de 14 (max = 14 et plus). Cela est l'expression d'une anxiété massive qui envahit toutes les sphères psychiques, sociales et cognitives. En effet, Zeina dit vivre dans un climat d'insécurité. Sa vie en Syrie n'est pas stable ni sur le plan administratif, ni sur le plan professionnel et financier.

L'échelle E, composée de 6 items, vérifie les changements survenus sur le plan de la sensibilité perceptive (bruit, méfiance, irritabilité, colère, agressivité). La note obtenue de 12 (max=15 et plus) révèle que Zeina est devenue très méfiante, isolée, ne supportant plus aucun bruit.

L'échelle F, composée de 5 items, vérifie les changements et les réactions survenus sur le plan psychosomatique. La note brute obtenue est de 9 (max = 10 et plus). Zeina souffre d'un diabète suite à l'événement traumatique. D'autre part, elle se plaint de maux de tête insupportables.

L'échelle G, composée de 3 items, vérifie les troubles de mémoire et de concentration. À cette échelle, Zeina obtient un score de 7 (max = 8). Le résultat obtenu révèle des difficultés à se concentrer et à manifester une quelconque attention pour ses tâches quotidiennes. De plus, elle présente un trouble mnésique.

L'échelle H, composée de 8 items, vérifie l'état de dépression. La note obtenue à ce test est de 19 (max = 18 et plus). En effet, Zeina se plaint d'un état dépressif important qui génère un isolement social. Elle a l'impression que personne ne peut la comprendre et qu'il vaut mieux rester seul. Elle a des idées noires et a perdu le goût de vivre.

L'échelle I, composée de 7 items, vérifie la culpabilité, la honte, le changement dans sa façon de voir la vie. À ce subtest, Zeina obtient un score de 21 (max = 17 et plus). Cela se traduit par un sentiment de honte et une forte culpabilité que l'on a observée chez elle lors de l'entretien.

L'échelle J, composée de 11 items, vérifie les répercussions sur la qualité de vie. La note brute obtenue est de 7 (max = 8 et plus). Zeina exprime un sentiment d'incompréhension de ce qui lui est arrivé. Elle a l'impression que sa vie a définitivement changé et qu'elle ne sera plus jamais la même.

Le traumaq met en évidence l'existence **d'un syndrome post-traumatique intense**, corroboré par l'ensemble des notes obtenues au questionnaire.

-3-Échelle d'estime de soi de Rosenberg

L'échelle de l'estime de soi est une validation transculturelle de Rosenberg (1965) *Self-Esteem Scale*.

Elle évalue l'estime de soi globale. L'échelle comprend 10 énoncés mesurés sur une échelle de 1 à 4.

Les réponses aux dix affirmations de l'échelle sont décodées par le biais d'une échelle de 4 points

- La réponse 1 signifie : « tout à fait en désaccord »,
- la réponse 2 signifie : « plutôt en désaccord »,
- la réponse 3 signifie : « plutôt en accord » et
- la réponse 4 signifie : « tout à fait en accord ».²⁴⁶

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

²⁴⁶ ROSENBERG, M. *Rosenberg's Self-Esteem Scale*. 1965. *Society and the Adolescent Self-Image*. Traduction de VALLIERES, E.-F., VALLERAND, R.-J. *Journal of Psychology* 25, 1990, p. 305-316.

		1	2	3	4
1	-Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.			X	
2	-Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.		X		
3	-Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.				X
4	-Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.			X	
5	-Je sens peu de raison d'être fier de moi.				X
6	-J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.		X		
7	-Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			X	
8	-J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.			X	
9	-Parfois, je me sens vraiment inutile.				X
10	-Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			X	

Zeina a obtenu un score de 21, inférieur à 25, **son estime de soi est très faible.** L'échelle de l'estime de soi révèle que Zeina a une estime d'elle-même très **faible.**

Zeina se sent inutile, elle a une image négative d'elle-même. La dévalorisation de soi peut être considérée comme un symptôme dépressif. L'estime de soi est définie comme « *le jugement de l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle* ». ²⁴⁷

À la question (I) 4 : « *depuis l'événement, vous sentez-vous dévalorisée ?* » Zeina a répondu par le chiffre 3 : très fort. Zeina éprouve un fort sentiment de dévalorisation.

En effet, Zeina, suite à l'événement traumatique qu'elle a subi, développe un fort sentiment de culpabilité, elle se sent responsable du malheur survenu à sa fille Fadhila. Se sentir coupable est un sentiment très douloureux et Zeina plonge dans une souffrance psychique alimentée par des pensées destructrices : « *c'est ma faute... je suis une mauvaise mère* ». Elle se nourrit de ce sentiment de « non mérite » d'être mère. Zeina, qui existe en tant que mère, se sent comme dépossédée de son rôle, c'est-à-dire de son existence.

Face à la culpabilité toxique, l'estime de soi ne résiste pas longtemps, elle devient moins solide. La douleur a un impact terrible sur la vie.

L'estime de soi est déterminée par des facteurs externes (l'histoire familiale, etc.) et elle évolue en fonction des événements. Elle baisse si la personne rencontre des événements douloureux. Elle est également influencée par des facteurs internes comme l'auto-jugement à travers les voix intérieures.

Zeina a été confrontée à des situations extrêmes, elle a subi des jugements destructeurs de la part de son mari, ce qui engendré un fort sentiment de culpabilité chez elle. La culpabilité a un impact négatif sur l'estime de soi.

Zeina a une image très ternie d'elle-même.

-4-Analyse et discussion du cas Zeina

On constate que Zeina semble démotivée, a une perte d'initiative, sa présence dans le réel est bloquée, le monde lui paraît lointain et sans intérêt ; elle paraît elle-même détachée de tout, sauf de son traumatisme qu'elle rumine incessamment, comme s'il n'y avait eu que ça dans sa vie. Si le cauchemar est la manifestation nocturne du traumatisme, ce qui s'en montre durant le sommeil, il existe aussi des phénomènes de répétition à l'état de veille. Dans la journée, Zeina est la proie de ruminations obsédantes pouvant tourner à la torture mentale. Quoi qu'elle fasse pour détourner son attention, sa pensée la ramène à son traumatisme. Elle décrit des souvenirs forcés désignés sous le terme d'« *ecmnésies* » ; ces souvenirs sont captés par la

²⁴⁷ DELERUE, F., CRÉPIN, N. *Échelle d'estime de soi de Rosenberg*, Institut Régional du Bien-être, de la Médecine et du Sport Santé.

remémoration de leur traumatisme qu'elle revoit quasi cinématographiquement et avec la même charge anxieuse. Dans ces moments cliniques de répétition du traumatisme, Zeina est dans un état d'hyperéveil, de vigilance extrême, qui occasionne des réactions de sursaut au moindre stimulus, L. Crocq (2012) a dit : « quelle que soit la forme de la répétition, les scènes et les personnages y surgissent avec un caractère de réalisme et d'exactitude dans la reproduction qui entraîne la conviction de leur présence et de leur véracité ». ²⁴⁸

Zeina s'y voit et elle s'y croit, même si cette conviction ne dure qu'un bref instant. De plus, ces reviviscences échappent au langage et au symbole. Chez Zeina, il s'agit d'images d'horreurs, d'éprouvés vifs, que la reviviscence fait jaillir sans travail psychique. Il n'y a donc pas eu d'élaboration par le langage et cela échappe à toute inscription dans un contexte de signifiants. Zeina est confrontée à l'absurdité.

L'ensemble de ces symptômes concourt à l'installation d'un état d'inhibition intellectuelle et affective. Dépourvu de toute capacité d'initiative, Zeina n'éprouve plus de curiosité habituelle vis-à-vis de son environnement et elle n'a plus « *goût à la vie* ».

En exil : Zeina vit à présent en Syrie ; elle garde au plus profond d'elle-même un sentiment d'insécurité et d'incertitude : « *qu'y a-t-il après ? Que va-t-on faire ?* ». *L'avenir est-il inconnu ?*

On ajoute à la souffrance psychique qui a mis Zeina dans un état de vulnérabilité des déplacements forcés, « migrer », c'est bien-sûr laisser derrière soi une partie de la famille, des amis, la terre des ancêtres vivants et morts. Cela implique donc des renoncements, de la nostalgie, et parfois des deuils inacceptables. Ce travail de deuil a été décrit par L. Grinberg & L. Grinberg (1986) : les sentiments initiaux de douleur intense pour ce qui a été perdu, accompagnés de désorganisations anxieuses dans un sentiment de détresse, de solitude, d'abandon, laissent progressivement place à des affects dépressifs (et éventuellement à des défenses maniaques se traduisant par une minimisation ou une dénégation de changement survenu). Ce double mouvement de traumatisme et de perte vient redoubler celui qui est lié à l'événement vécu. ²⁴⁹

Fadhila (la fille de Zeina) est maintenant mariée avec un Syrien, elle a un enfant, une vie stable et sécurisée. Mais Zeina continue de se sentir coupable, humiliée. Elle est très en colère et considère que cet événement a opéré un renversement à 180° de son existence. Elle essaie

²⁴⁸ CROCCQ, L. *16 leçons sur le trauma*. Odile Jacob, 2012, p. 144.

²⁴⁹ BAUBET, T., ABBAL, T. et al. Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France : des spécificités cliniques et thérapeutiques. In : *Le Journal international de victimologie*, année 2, N° 2, avril 2004, JID V. COM.

pourtant de retrouver sa vie « comme avant » mais n’y arrive pas, son regard plein de tristesse et d’amertume. Elle a tellement eu peur pour sa fille... Elle a toujours mal à la tête, une douleur insupportable.

Zeina essaie d’occuper ses journées ; elle a repris des cours à Damas mais son état d’esprit ne change pas « *je ne sais plus ce qui m’est arrivé* » ; tout est devenu irrémédiablement noir.

Lorsqu’une famille est terrassée par un drame, il y a peu de place pour des échanges agréables. Zeina ne s’est pas sentie aidée par les personnes sur lesquelles elle croyait pouvoir compter. Après un long silence, elle l’exprime avec un regard désespéré. Elle n’a pas rencontré des proches attentifs, capables de l’écouter et de l’aider à construire son histoire.

*L’individu victime et qui subit une effraction psychique a besoin de trouver au-dehors ce qui lui fait défaut au-dedans : la continuité, la sécurité, la cohérence, la permanence, c’est-à-dire en somme la restauration d’une enveloppe psychique conçue comme une interface née des interactions avec un environnement « suffisamment bon ».*²⁵⁰

Cette situation maintenait présents ses sentiments de colère et de méfiance, particulièrement vis-à-vis des membres de sa famille, surtout dans sa culture d’appartenance qui a tendance à culpabiliser la mère.

Les traumatismes ne concernent pas uniquement Zeina, ils touchent également ses modalités relationnelles, dans sa famille et avec son entourage, elle a dit « *je n’oublierai jamais le regard de mon mari* », le jugement qu’elle a eu était détruisant, **comme si on lui avait arraché son rôle de mère protectrice**. Zeina se sentait « responsable de ce qui s’était passé », surtout que dans sa culture, elle n’existe qu’en tant que mère et que le sens de sa vie était ancré dans son rôle de mère.

*Le sentiment de perte donne sa tonalité fondamentale à la dépression : il ne survit pas au hasard. « La dépression peut se déclencher à la suite de la mort ou du départ d’une personne dont la présence valorisait, ou être due au jugement particulièrement dur que l’on porte sur soi par référence à un idéal exigeant. La force psychologique et physique a fui, et il ne reste qu’une image ternie de soi. Ce n’est donc pas tant quelque chose ou quelqu’un qui est perdu, c’est surtout à la fois une bonne image de soi et le désir de se projeter dans le futur. La pensée nuancée et relativiste laisse la place à la pensée en noir et blanc, et aux jugements manichéens sur soi » (J. Cottraux, 2007).*²⁵¹

²⁵⁰ BRIOLE, G., LE BIGOT, F., LAFONT, B. et al. *Le traumatisme psychique : rencontre et devenir*. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris : Masson, 1994.

²⁵¹ COTTRAUX, J. *La force avec soi*. Paris : Odile Jacob, 2007, p. 121.

L'individu dont la langue se délie, dont la parole prend le dessus sur le silence, devient acteur de son histoire. Il exprime ses douleurs, ses peurs, ses angoisses, ses effrois, c'est une parole vive qui fait surgir la vie là où il y a un risque de mort. La parole permet de trouver et de donner une cohérence, un sens là où il y a avait du non-sens. C'est une manière de prendre sa revanche sur une impuissance ressentie, vécue face à un événement subit et de retrouver ainsi sa prise sur la vie.

On peut dire que le langage vise à communiquer du sens, et vise aussi à en produire. En effet, à la fin de l'entretien, à la question : « **quel sens donnez-vous aujourd'hui à ce vécu ?** », Zeina répond : « *la vie c'est rien (vide), celui qui déteste sa vie, déteste tout* ». « La vie c'est rien », « c'est vide », représentent un manque **d'élaboration psychique** et Zeina n'arrive pas à présenter son vécu traumatisant.

Il ne peut y avoir résilience sans relations étayantes qui soutiendraient le sujet et recevraient sa souffrance afin d'apaiser son angoisse vécue lors de la survenue de l'évènement traumatique.

Toute la famille était confrontée à ce drame, mais la famille a rejeté la faute sur la mère, « *c'est Zeina la responsable* », c'est la problématique du bouc-émissaire qui démarre très rapidement après chaque événement traumatique. Zeina s'est sentie sans secours, responsable des malheurs de sa fille. Abandonnée par les membres de la famille (famille élargie en Irak !), laissée seule avec sa détresse et l'indicible expérience traumatique. Zeina ne voit plus la vie de la même manière, sa vie n'a plus de sens.

-5-Conclusion concernant le cas Zeina

Les événements vécus se sont inscrits dans le psychisme de Zeina. Hors du temps, ils envahissent la conscience et Zeina a beau recourir à l'évitement pour les éloigner, elle n'y parvient pas. Ainsi, l'analyse clinique du traumaq montre que Zeina présente un syndrome de répétition traumatique. Or, « *si la répétition est constructive cela permet à la personne de donner du sens à l'évènement (tentative de symbolisation). En revanche, si la répétition n'est pas constructive, elle révèle que l'enveloppe psychique est « trouée » et se traduit par l'échec de symbolisation* ».

D'autre part, à la question « quel sens donnez- vous à votre vie aujourd'hui ? » Elle répond : « *la vie c'est « rien », « celui qui déteste sa vie, déteste tout* ».

Enfin, la qualité de l'environnement qui apporte le soutien nécessaire à une vie psychique contenant a manqué à Zeina. Au travers de son récit, nous constatons que son entourage ne lui a pas donné un cadre soutenant l'activité de pensée et de représentation, de mise en sens du vécu traumatique. Dépouillée de son rôle de mère protectrice par son entourage, responsable du malheur de sa fille, Zeina est emplie de culpabilité et de honte. Elle a une image d'elle ternie, négative. L'échelle de soi de Rosenberg nous révèle chez Zeina une estime de soi très faible.

Les résultats obtenus nous permettent de conclure que le traumatisme est maintenu lorsque l'enveloppe psychique (contenant psychique) et l'estime de soi s'effondrent.

En exil, Zeina a perdu le goût de la vie, elle est prisonnière du passé traumatique, elle sombre dans la souffrance, ses pensées sont hantées par l'idée : « c'est ma faute, je suis une mauvaise mère ». Zeina se sent inutile, à l'affirmation 9 : « parfois, je me sens vraiment inutile », sa réponse c'était « plutôt en accord », ainsi à l'affirmation 3 « *tout bien considéré, je suis portée à me considérer comme une ratée* ». Sa réponse était le chiffre 3 : plutôt en accord.

En effet, même si Zeina essaye de sortir ou d'occuper sa journée, c'est absurde, elle n'arrive pas à retrouver sa place auprès de sa famille, ni dans le pays d'accueil en Syrie. Son existence est dénuée de sens « *la vie c'est rien* ».

L'exil n'a fait qu'affaiblir son estime de soi.

Ce qui permet de valider notre deuxième hypothèse :

L'influence de l'exil sur l'estime de soi a des conséquences sur le vécu traumatique.

Lorsque l'exil est positif, il renforce l'estime de soi, lorsque l'exil est négatif, il affaiblit l'estime de soi.

Un jour, Zeina trouvera-t-elle dans son entourage, ou au centre, des relations étayantes qui pourront l'aider à retrouver confiance en elle ?

III.1.2. FADHILA

Fadhila, irakienne de 22 ans, mariée et mère d'un enfant de 2 ans est arrivée en Syrie en 2006, suite aux événements qui ont eu lieu en Irak (guerre 2003, kidnappée en Irak, guerre civile).

-1-Récit de vie

C'était la fin de journée, vers 16h30, au centre de réfugiés politiques à Damas, en Syrie. Le centre fermait à 17h, mais beaucoup de femmes attendaient d'être prises en charge. Nous étions en période de ramadan, et de nombreuses consultations nous attendaient encore. La directrice est venue à notre rencontre pour nous demander de recevoir une jeune fille qui patientait depuis trois heures déjà. Elle était accompagnée de son fils âgé de deux ans.

Fadhila entra dans notre bureau, seule. Elle avait laissé son fils dans la salle d'attente, jouer. C'était une jeune fille mince, au teint pâle, aux longs cheveux bruns, et aux très jolis yeux verts. Son regard nous semblait désespéré. Elle était méfiante. Elle avait entre les mains le questionnaire que nous avions distribué. Nous nous sommes présentée à elle, et avons rappelé le cadre de notre entretien, insistant sur la notion de confidentialité des échanges que nous aurions.

Pendant que nous lui parlions, nous la sentions ailleurs, elle demeurait silencieuse.

Nous lui demandions de nous parler de la raison de sa présence, de l'événement douloureux, traumatique qui l'avait amenée en Syrie, à ce centre.

Il y eut un moment de silence très lourd, mais chargé de sens ? Nous avons nous-même été frappée par ce silence qui régna le long de la séance. C'était presque de la provocation de tenter de mettre en mots un espace-temps où le langage n'était plus.

Nous avons remarqué qu'elle n'avait pas répondu au questionnaire, alors nous avons décidé de rompre le silence en lui proposant de le lire ensemble. Elle répondait. Nous continuions en évitant son regard. Elle se mit à parler, d'abord avec beaucoup de réserve, comme si nous lui tirions les mots par la force. Elle-même évitait notre regard de crainte de voir le reflet de son image d'elle-même dans nos yeux, prise par un sentiment de honte. Elle nous raconta son histoire.

En 2006, à l'âge de 17 ans, Fadhila a été kidnappée par un groupe d'hommes. Son calvaire a duré dix longs jours. C'était durant le mois d'août : *« C'était l'été, à 5h du soir, je venais de sortir du centre où je suivais des cours préparatoires au Bac. Mon père était très riche, moi je*

ne voyais pas très bien de loin, une voiture s'est arrêtée, le même modèle de voiture que mon père. Je me suis rapprochée, des hommes sont sortis. Ils ont mis leur main sur mon nez avec un mouchoir drogué, puis m'ont jetée dans la voiture. Je ne sais pas combien de temps je suis restée inconsciente. À mon réveil, j'ai vu qu'il y avait cinq autres filles avec moi. Les kidnappeurs parlaient avec mon père, ils ont tiré violemment sur mes cheveux ; j'ai crié, j'ai pleuré, ils ont de nouveau tiré sur mes cheveux pour que mon père entende mes cris ».

Fadhila ajoute que les filles qui étaient avec elle, avaient le même âge, et que les kidnappeurs leur bandaient les yeux, qu'ils enlevaient au moment de manger. C'était le seul moment où elle les voyait. Fadhila ajoute que les filles pleuraient beaucoup, tremblaient de peur. Elle dit qu'elle n'a pas ressenti de peur, ni de danger. Fadhila parlait froidement de ces événements, comme indifférente, détachée. Elle donnait le sentiment de parler d'une autre personne, comme si cela ne lui était pas arrivé. Nous avons rassemblé toutes nos forces pour qu'elle puisse ainsi trouver dans notre regard un espace contenant et sécurisant en mettant à sa disposition notre disponibilité psychique. Nous lui avons demandé de nous parler de ce moment, comment elle l'avait ressenti. Sa réponse fut : *« ça c'est rien, je n'ai rien senti, par rapport à ce que j'ai subi, je ne suis pas là aujourd'hui pour parler de cet événement, dit-elle en criant. Je veux vous parler d'autre chose, je veux parler du viol par inceste, je veux crier, je veux parler de mon vécu de viol par inceste. Quand j'avais 5 ans, mes deux oncles m'ont violée ».*

En finissant sa phrase, elle s'effondre et pleure longuement. Elle confie que c'est la première fois qu'elle en parle. Elle était prise par des tremblements frénétiques. Mon seul souci était de savoir comment l'apaiser.

C'était la première fois que Fadhila replongeait dans son passé et qu'elle revivait l'expérience douloureuse de son enfance : *« J'avais 5 ans, mes deux oncles sont entrés dans ma chambre chacun à leur tour et nous ont violées ma sœur et moi. Cela a duré de l'âge de 5 ans jusqu'au moment de notre puberté. Ils rentraient dans notre chambre, mettaient leur main sur notre bouche. J'avais peur. La chambre de mon frère se trouvait à côté. J'avais peur d'ouvrir les yeux avant mes frères, j'avais peur de me réveiller avant mes frères, j'avais peur de me lever de mon lit, j'avais peur, je pleurais, pleurais. Aujourd'hui, j'ai peur de tous les hommes, je dors, je suis très fatiguée, impuissante, je dors comme si j'étais morte, c'était un sommeil mortel. Je n'ai jamais parlé de cet inceste, des nombreux viols qui se sont répétés sur dix ans, c'est la première fois que j'ose en parler ».*

Fadhila a subi des agressions sexuelles par son oncle. L'inceste redevenait un aspect horrifiant et dominant de sa vie mentale.

Fadhila poursuit son histoire. Elle est retournée en Irak avec sa mère le mois dernier. Elle évoque sa rencontre avec ses oncles : *« j'ai vu mes oncles, je me suis mise à trembler. Je n'en peux plus, ils savent bien que mon silence les protégera, je souhaite que ce drame arrive à leur filles, je veux qu'ils souffrent, je veux qu'ils sentent le mal qu'ils m'ont fait subir »*.

L'histoire de Fadhila révèle combien il est difficile de surmonter le traumatisme sans reconnaissance de son statut de victime d'inceste, sans pouvoir faire condamner le coupable. La mémoire d'un viol revient souvent lorsqu'on se retrouve dans la même situation, ou que les éléments extérieurs tels que les liens, les odeurs, les paroles nous projettent dans le passé, on ne peut pas effacer la mémoire. Fadhila s'est sentie débordée par la profondeur de sa haine envers l'agresseur ou tout autre substitut qui s'élèvera devant elle.

Lors de notre entretien, je l'interroge sur son silence et lui demande pourquoi elle n'avait pas pu en parler à sa mère : *« quoi ma mère, non, non, je ne peux pas. Pour elle, mes oncles sont des anges, elle ne m'aurait jamais crue, ni moi, ni ma sœur. Elle aime beaucoup ses frères, elle ne me croirait jamais »*. Son regard était empli d'amertume et de haine, qui interpelle sur le rôle de la mère dans la dynamique incestueuse. Ne rien dire à sa mère traduit la crainte de la faire mourir. Elle se sentirait par ailleurs coupable de briser une famille si elle révélait la vérité.

Elle finit par revenir sur son kidnapping. Elle dit ne pas avoir été submergée par un sentiment de panique. Elle ne cessait de se dire qu'elle allait de nouveau être violée dans les minutes à suivre. Elle était indifférente, le temps s'était arrêté : *« quand on m'a kidnappée, la première idée qui a traversé mon esprit était le viol, je ne pensais qu'à ça, et ça ne me faisait pas peur »*. L. Crocq (2012) a indiqué que l'anesthésie affective n'est pas le seul symptôme des perturbations de la personnalité chez l'enfant traumatisé. Ce que Fadhila a subi pendant son enfance a fait geler ses sensations, **ce traumatisme est à l'origine de la douleur**, celle du traumatisme confondu avec tous ceux qu'il a réveillés. L'anesthésie, c'est céder à l'inceste au lieu de s'enfuir, il est fondamental de comprendre et de repérer combien c'est par l'anesthésie que l'inceste peut tisser sa toile morbide et enserrer sa proie, la perte de ressenti n'est pas seulement celle de la personne qui abuse ou celle de la personne abusée, elle est celle du milieu, de la famille, du groupe, de la société.

Fadhila a choisi le silence, « le silence finit par constituer un pouvoir qui protège l'accès à la blessure. Parler de sa douleur, lâcher ses pouvoirs, ne peut se faire qu'avec la lente reconstruction de bons objets internes qui ont volé en éclats au moment du traumatisme ». ²⁵²

Aujourd'hui, Fadhila est mariée, mais elle dit que ce n'est pas l'homme que son cœur a choisi, c'était un mariage forcé, sa mère ne lui a pas permis de se marier avec l'homme qu'elle aimait.

Une autre conséquence de l'inceste consiste à regarder l'autorité de façon menaçante et avec anxiété. La passivité est confortable parce qu'elle est familière. Celui ou celle qui en a été victime peut accepter une situation misérable familière plutôt que de risquer un changement non familial. ²⁵³

Fadhila s'est soumise à la volonté de sa famille, elle décrit la nuit de la noce : « *cette nuit, on m'a emmenée à l'hôpital, j'avais peur, j'ai perdu conscience. Ma mère criait, agressant mon mari, le rendant responsable de mon état. Ce fut une nuit très douloureuse* ». Le pénis de l'agresseur est devenu un outil de meurtre. C'est l'histoire d'un long chemin pour retrouver la confiance en l'homme.

Fadhila a eu un enfant. Elle me dit que son mari l'aime beaucoup. Ils s'entendent bien mais ils ne font pas l'amour. Dès qu'il la touche, elle se sent mal à l'aise, la rage l'envahit. Elle n'a pas de désir pour lui « *je ne peux pas faire l'amour avec lui. Nous sommes mariés depuis trois ans et nous n'avons fait l'amour que quatre fois. Il ne comprend pas pourquoi je ne peux pas le laisser me toucher, il ne comprend pas pourquoi je pleure tous le temps. Ma vie conjugale est très triste et c'est le même cas pour ma sœur. Elle habite à Dubaï et est mariée, mais elle souffre comme moi. Elle n'arrive pas à être heureuse, elle n'arrive pas à vivre sa vie de couple. L'autre jour, je l'ai eu au téléphone. Je lui ai demandé si elle se rappelait ce qu'il nous était arrivées : Tu te rappelles de ce qui nous est arrivées, tu te rappelles ? Elle a crié en disant : on ne parle plus de cet événement, elle a pleuré et m'a raccroché au nez* ». Fadhila verse des larmes. Elle est submergée par une vague d'émotions, mais reste en contact avec ses sensations physiques : « les mots ne trouveront pleinement leurs sens et leur finalité que s'ils passent par le corps, c'est-à-dire s'ils sont traversés par l'émotion, et parler, c'est courir le risque de toucher à sa blessure ». ²⁵⁴

²⁵² CORMON, V. *Viol et Métamorphose*. Le Journal International De Victimologie année 1, N° 1, octobre 2002.

²⁵³ Article : *Les effets de l'inceste sur l'enfant devenu adulte* selon SIA (Survivants de l'Inceste Anonymes).

²⁵⁴ CORMON, V. *Viol et Métamorphose*. Le Journal International De Victimologie Année 1, Numéro 1, Octobre 2002.

En exil, après des années, Fadhila est encore terrifiée. Après ce qu'elle a subi, Fadhila a tendance à percevoir le monde qui l'entoure comme dangereux et menaçant. Elle ne peut plus sortir toute seule, elle a peur d'aller toute seule au Souk : « *j'ai une angoisse très forte, j'ai peur pour mon fils, je le frappe, j'ai peur qu'il s'éloigne, il faut qu'il soit toujours devant mes yeux, j'ai peur que quelqu'un le viol, je le couvre trop* ». Sans doute depuis que Fadhila a quitté la maison maternelle/paternelle, elle a eu essentiellement un rôle maternel et s'est perdue dans cette auto-attribution réparatrice qui la mettait à l'abri d'autres menaces et agressions sexuelles anonymes, toujours au prix du silence afin de protéger sa mère, afin que sa mère ne meurt pas. Il est important de considérer l'évolution de la pathologie psycho-traumatique de l'enfant dans le déroulement dynamique d'une personnalité en devenir. R. Pynoos et al. (1996) ont identifié trois sortes d'avatars de ce développement (cité par L. Crocq, 2012, p. 93) : la constitution d'un Moi craintif, la constitution d'un Moi auto-protecteur et la constitution d'un Moi vengeur.

Fadhila a peur de tous les hommes et son mari pose trop de questions auxquelles Fadhila ne répond pas, ne peut pas répondre : « *mon mari ne comprend pas ma froideur, pourquoi je refuse qu'il me touche* ». Le toucher peut être perçu comme une intrusion dans la zone relationnelle et donc être considéré comme un abus. Pour éloigner tout risque de sentir de nouveau une effraction similaire, Fadhila barre l'accès à toute sensation. Ainsi, elle n'est plus en contact avec ses émotions, ses désirs, ses besoins, ses sentiments. En se coupant de sa douleur, elle se coupe aussi de la joie, de l'insouciance, et de l'amour.²⁵⁵ Fadhila a demandé à son mari de consulter un psychologue : « *mon mari ne comprend pas pourquoi je pleure, pourquoi cette tristesse, il est très gentil avec moi, il est patient, il m'aime beaucoup, moi je ne peux plus, je lui ai dit cela l'autre jour, je veux aller voir un psychologue* ». Fadhila voudrait que sa souffrance s'arrête, sa maman l'a dirigée vers nous, « la psychologue qui vient de France », et conseillée de venir nous voir. Nous l'avons rassurée en lui disant qu'elle arriverait à traverser ce trauma puisqu'enfin, elle avait brisé le mur du silence.

Au terme de notre entretien, la sentant apaisée, nous l'avons interrogée sur le sens qu'elle donnait aujourd'hui à son vécu ? Ce à quoi elle répondit : « ***je souhaite la mort*** ». Si le constat d'impuissance semble tellement dramatique à la personne qui envisage le suicide, si elle préfère tourner le couteau contre elle plutôt que contre son agresseur, c'est souvent parce

²⁵⁵ CORMON, V. *Viol et Métamorphose*. Le Journal International De Victimologie Année 1, Numéro 1, Octobre 2002.

qu'elle a la sensation confuse que le monde qui l'entoure est complice de l'agression, et qu'elle ne trouvera pas de secours ailleurs que dans cette disparition.²⁵⁶

Son fils est entré dans la salle, il a posé sa tête sur le genou de sa maman et quand il aperçut ses larmes, elle le prit dans ses bras. Avant de partir, elle a demandé si elle pouvait nous recontacter.

-2- Questionnaire d'évaluation de traumatisme

L'intensité de la manifestation du traumatisme est mesurée à l'aide d'une échelle se composant de nulle « 0 » à très forte « 3 ».

L'échelle A, composée de 8 items concerne **le ressenti pendant le déroulement de l'événement**, la note brute à l'échelle A est de 20 (max = 24), Fadhila répond oui à la question 6 : (Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou assister à un spectacle insoutenable ?), elle était submergée par l'angoisse quand elle fut kidnappée, elle n'arrivait pas à pleurer, elle s'est sentie impuissante, indifférente, incapable de réactions adaptées.

-Le ressenti actuel, depuis l'événement :

L'échelle B, composée de 4 items, vérifie l'omniprésence de l'événement. La note brute obtenue à ce test est de 12 (max = 10 et plus), Fadhila vit toujours le passé, le ressentiment infernal d'une douleur qui ne peut pas être exprimée, elle est envahie par des images forcées qui nourrissent toujours son trauma.

L'échelle C, composée de 5 items, vérifie le trouble du sommeil. La note obtenue à ce test est de 3 pour un maximum de 14 et plus, les résultats obtenus révèlent que :

-Fadhila n'a pas de difficulté d'endormissement (à la question C1 : réponse 0),

-Fadhila n'a pas de réveils nocturnes (C3 : réponse 0),

-Fadhila ne fait pas de cauchemars (C2 : réponse 0),

-À la question C3 « avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ? », elle a répondu 0,

-À la question C4 « êtes-vous fatiguée au réveil ? » elle a répondu par le chiffre 3 : très fort.

Fadhila dort beaucoup, dort comme si elle était morte, comme si elle fuyait la vie, la réalité. Elle a une hypersomnie. Fadhila se plaint d'un état dépressif important comme le montre l'échelle (H) suivante. En cas de dépression, il est fréquent d'observer des troubles du sommeil : des insomnies dans plus de 60 % des cas (J.-L. Pardinielli et A. Bernoussi, 2004)

²⁵⁶ LABÉDAN, C. *Inceste - La réalité volée*. Édition Bréal, 2012, p. 110.

qui se manifestent par des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes fréquents avec cauchemars ou encore réveils précoces. Il peut également être observé, mais plus rarement, une hypersomnie (T. Bougerol, 1999 ; J.-L. Pedinielli et A. Bernoussi, 2004) comme dans le cas de Fadhila que J.-F. Guelfi (1985) qualifie d'« hypersomnie-refuge » puisqu'elle n'évite pas au déprimé ni le réveil pénible, ni la sensation désagréable d'un sommeil non réparateur.²⁵⁷

L'échelle D, composée de 5 items, vérifie l'état d'angoisse. La note obtenue à ce test est de 15 (max = 14 et plus). Cela traduit l'état d'angoisse qui envahit toutes les sphères psychiques, sociales et cognitives. En effet, Fadhila n'éprouve aucun sentiment de sécurité, en Syrie, elle a peur d'aller toute seule au souk, elle a tellement peur pour son fils, elle craint qu'il soit enlevé.

L'échelle E, composée de 6 items, vérifie les changements survenus sur le plan de la sensibilité perceptive (bruit, méfiance, irritabilité, colère, agressivité). La note obtenue de 16 (max = 15 et plus) révèle que Fadhila est devenue très méfiante, plus irritable, et elle fait des crises de nerfs. Elle est également devenue très protectrice avec son fils (sa façon de le protéger est très exagérée).

L'échelle F, composée de 5 items, vérifie les changements et les réactions survenus sur le plan psychosomatique. La note brute obtenue est de 12 (max = 12 et plus). Fadhila consomme beaucoup de calmants depuis qu'elle a été kidnappée. Fadhila souffre de la polyarthrite rhumatoïde (PR) ; il s'agit du plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques. Elle apparaît le plus souvent entre 40 et 50 ans, parfois avant, voire dès la prime enfance. Sa prévalence est de 0,25 à 0,5%. La PR est une maladie auto-immune : le système immunitaire, dont le rôle est de défendre l'organisme contre les agents extérieurs, dirige ses attaques contre l'organisme, ici les articulations.²⁵⁸

Il existe des facteurs prédisposant la personne (facteurs génétiques, rôle des hormones expliquant le sexe ratio de 4 femmes pour 1 homme) sans que l'étiologie n'ait clairement pu

²⁵⁷ REYNAUD, M. *Le modèle de l'attachement adulte dans la perturbation de la régulation émotionnelle et des liens affectifs des femmes hospitalisées souffrant de dépression*. Université de Bourgogne, Thèse en Psychologie Clinique et Psychopathologie, 2011, p. 42.

²⁵⁸ *La polyarthrite rhumatoïde*, International Encyclopedia of Rehabilitation (Encyclopédie internationale multilingue de la réadaptation).

être mise en évidence. De même, il n'existe pas de facteurs déclenchant la maladie démontrés, mais dans 20 à 30 % des cas, il est retrouvé un épisode de stress affectif intense qui précède le déclenchement de la maladie.

L'échelle G, composée de 3 items, vérifie les troubles de mémoire et de concentration. À cette échelle, Fadhila obtient un score de 2 (max = 8). Le résultat obtenu ne révèle pas qu'elle a des difficultés à se concentrer (item G1). La réponse par le chiffre 2 (fort) signifie qu'elle n'a pas de troubles de la mémoire, ni des difficultés à se rappeler l'événement.

L'échelle H, composée de 8 items, vérifie l'état de dépression. La note obtenue à ce test est 24 (max = 18 et plus), note très élevée. En effet, Fadhila se plaint d'un état dépressif important, elle pleure tout le temps, elle prend des médicaments pour se calmer, elle a l'impression que personne ne peut la comprendre, pas même son mari. Elle ne parle pas, elle est presque toute seule, isolée, elle a des idées suicidaires, aucun goût pour la vie.

L'échelle I, composée de 7 items, vérifie la culpabilité, la honte, le changement dans sa façon de voir la vie. À ce test, Fadhila obtient un score de 15 (max = 17 et plus). En effet, Fadhila n'a aucun sentiment de culpabilité, mais elle a un fort sentiment de honte, elle ressent de l'humiliation, dit ne rien valoir, et elle pense que la vie ne mérite pas d'être vécue.

L'échelle J, composée de 11 items, vérifie les répercussions sur la qualité de vie. La note brute obtenue est de 8 (max = 8 et plus). Fadhila exprime un sentiment d'incompréhension de ce qui lui est arrivé, elle n'éprouve aucun goût pour la vie, elle vit dans son monde, isolée des autres, elle n'arrive pas à communiquer avec son entourage.

L'entretien clinique met en évidence **un syndrome post-traumatique intense** (Figure 4,2 : Profil A), qui est corroboré par l'ensemble des notes obtenues au questionnaire.

-3-Echelle d'estime de soi de Rosenberg

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
--------------------------	---------------------	------------------	-----------------------

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
----------	----------	----------	----------

		1	2	3	4
1	- Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.			X	
2	- Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.		X		
3	- Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.			X	
4	- Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.			X	
5	- Je sens peu de raisons d'être fier de moi.			X	
6	- J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.		X		
7	- Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.		X		
8	- J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.			X	
9	- Parfois, je me sens vraiment inutile.			X	
10	- Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			X	

Les résultats de l'échelle de l'estime de soi montrent que Fadhila a obtenu un score de 22. Ce qui traduit que son estime de soi est **très faible**.

Fadhila a subi plusieurs traumatismes dans sa vie : violences de guerre, terrorisme, menaces, agressions, le plus destructeur étant l'inceste.

Durant ses années d'enfance, Fadhila a été victime d'incestes répétés par ses deux oncles.

Une expérience incestueuse traumatise la victime et entraîne diverses conséquences graves en affectant sa vie psychique : « le système de déni qui a assuré la survie de l'enfant empêche la victime d'avoir une vie adulte heureuse et libre ». ²⁵⁹

Fadhila plonge dans une souffrance psychique destructrice, traduite par l'existence de difficultés d'adaptation psychologique et sexuelle. Elle a un fort sentiment de honte. Et, ce sentiment de honte renforce les réponses d'hostilité à l'égard de soi. ²⁶⁰ La conséquence en est la dépression car **le principal mal dont souffrent les victimes d'inceste est la dépression.** ²⁶¹

De plus, Fadhila est incapable de faire confiance à l'autre, elle a déjà souffert au contact des autres par la soumission qu'elle a subie durant son enfance et la peur de verbaliser ses réactions. Cette situation dramatique a engendré au fond d'elle un état de méfiance. Fadhila est dans l'évitement des autres et d'elle-même.

La honte nous renseigne sur la valeur que nous pensons avoir aux yeux des autres et de nous-mêmes, elle nous renvoie à l'estime de soi. Et le degré d'estime de soi dépend de l'appréciation que l'on fait de sa valeur et de ses qualités personnelles.

En effet, à la question (I : 4) : « depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisée ? », la réponse de Fadhila s'est traduite par le chiffre 3 : très fort.

Fadhila se sent inutile et manque de respect vis-à-vis d'elle-même. Les blessures présentes dans sa vie et affectent gravement son estime de soi.

La perte de l'estime de soi est rapportée par J. Herman (1981) qui constate que 60 % des femmes adultes victimes d'inceste au cours de l'enfance ont une image de soi négative. ²⁶²

-4-Analyse et Discussion du cas Fadhila

Fadhila a déposé un secret : **le viol incestueux commis par son oncle.** Le secret est trop lourd et gêne sa vie d'adulte qui se traduit par une incapacité à faire confiance au sexe opposé, sexualité difficile, impossibilité d'accéder au plaisir, reviviscence d'images, trouble de sommeil, peur, perte de l'estime de soi, dépression, maladie musculaire, peur pour son fils, difficultés à être parent. Les victimes de l'inceste peuvent présenter des séquelles psychologiques diverses, ce que les Américains appellent le « **syndrome du survivant de l'inceste** ». L'inceste vient du terme « châtier », lui-même issu du latin *castus*, « chaste », issu du langage religieux qui, au départ, signifie « celui qui se conforme aux règles et aux rites ».

²⁵⁹ Article : *Les effets de l'inceste sur l'enfant devenu adulte* selon SIA (Survivants de l'Inceste Anonymes).

²⁶⁰ HAESEVOETS, Y.-H. *L'enfant victime d'inceste : De la séduction traumatique à la violence sexuelle*. De Boeck : 2003, p. 81.

²⁶¹ RICHARD, A. *L'inceste, encore et toujours tabou*, 2014.

²⁶² HAESEVOETS, Y.-H. *Prostitution et enfance : l'exploitation de l'innocence*, 2008.

Le prédateur incestueux se saisit d'enfants et de proches car l'interdit rend la chose excitante : c'est le contexte qui exalte l'envie d'inceste, et non pas la personne de l'enfant. L'inceste évoque le sexe, l'inceste révèle une intention perversie de présenter la relation au monde comme un véritable enfer, celui de l'emprise et de la possession. Le violent sadique est le plus dangereux, car il aime faire peur, ce qui l'excite au moins autant que la souffrance de l'autre. Il ne recherche pas le sexe mais le pouvoir et la domination. La personne qui commet l'inceste fait plus qu'un passage à l'acte ayant le sexe comme finalité : il renie la dimension qui nous fait humains, en niant le corps comme lieu de sens, en le traitant comme un objet, et même comme la propriété de celui qui en abuse, par le « bon droit » que semble lui conférer la parenté (l'oncle, une personne apparentée au deuxième degré) qui dans la culture arabe représente le père, car la famille est élargie.

Fadhila se présente comme quelqu'un pour qui il semble normal d'être nié, humilié, instrumentalisé, objet de jouissance pour autrui.²⁶³ La sortie de l'anesthésie est difficile à vivre, car dans un premier temps remonte à la conscience et par la sensation tout ce qui a été refoulé pour survivre. L'inceste, le viol ou l'abus sexuel est un traumatisme vécu seul, à la différence d'autres traumatismes. Fadhila n'osait pas parler de ce qu'elle a subi comme événement traumatique et restait seule avec ce secret pendant des années. Cette situation s'aggrave quand, de plus, l'environnement habituel familial et extra-familial n'est pas protecteur et apaisant, voire quand il crée des sources supplémentaires d'anxiété ou d'adversité.²⁶⁴ Lorsqu'un enfant est confronté à des événements violents qui déchirent son enveloppe psychique, c'est comme si l'interdit du meurtre devenait une vérité et une réalité, les enveloppes psychiques de cet enfant si fragile et immature sont déchirées, il doit faire le deuil, de la perte des autres et de la perte de soi.

Fadhila était en réelle souffrance mais n'en parlait pas : elle ne comprenait pas ce qu'elle avait vécu, voire pensait que tout le monde vivait cela. Elle était en hyper-vigilance et vivait dans l'évitement en permanence, tout en développant de nombreux mécanismes de défense. Pour survivre à l'inceste, il est indispensable de trouver une stratégie adaptative de type *stratégie*

²⁶³ LABÉDAN, C. Inceste - *La réalité volée*. Édition Bréal, 2012, p. 71.

²⁶⁴ DARVES-BORNOZ, J.-M. *Syndrome traumatique du viol et de l'inceste*. Publié par le congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Éditions Masson, 1996.

de survie. Le plus souvent, il y a rupture avec soi, le **clivage**²⁶⁵ : cette coupure permet d'ignorer ce qui a eu lieu ou pourrait avoir lieu.

S. Tisseron, dans son article « *Mémoire et création* », indique que l'oubli de l'événement vécu dans **la honte** ou la douleur extrême se fait par l'enfermement de cet événement (avec l'ensemble des sentiments qui l'ont accompagné et des images des protagonistes qui y étaient impliqués) dans un lieu totalement isolé du reste de la personnalité et inaccessible au sujet lui-même. Le mécanisme en jeu est le clivage. N. Abraham et M. Torok ont désigné la vacuole psychique qui en résulte sous le nom « d'inclusion au sein du moi » (cité par S. Tisseron). Cette inclusion contient l'ensemble des éléments qui ont accompagné la situation pour le sujet, c'est-à-dire des éléments visuels, cénesthésiques, moteurs, affectifs, mais aussi les représentations que le sujet a eu de lui-même et des autres dans la situation et leurs résonances inconscientes.²⁶⁶

Il advient que chez les sujets, le clivage avec le déni fonctionne. Si le clivage avec déni réussit, le sujet peut se comporter comme si de rien n'était. B. Cyrulnik (2010) indique que « le déni ne porte pas sur la mémoire de la tragédie, mais sur l'affect associé à cette mémoire ». En fait, plus la situation a été intense, et violemment traumatique, et plus difficile sera de l'écarter de la conscience. Le retour des éléments enfermés étant si fort que le souvenir traumatique reviendra s'imposer avec la même violence sensorielle lors de la confrontation à la situation traumatique.²⁶⁷

Le clivage se fait lorsque la mémoire de l'âme, garante des lois régissant des relations justes entre humains, au-delà de la hiérarchie, du pouvoir, des rapports de force, doit être mise en berne pour laisser place aux références des parents et de la famille. Cela peut être ressenti comme une impérieuse nécessité pour survivre. Pour toutes ces raisons, l'inceste serait un « *meurtre psychique* » qui rejaillirait dans la vie adulte.

-5-Conclusion concernant le cas Fadhila

L'entretien était un support de médiation pour parler de l'événement traumatique et de son impact sur la vie de Fadhila, mais cet événement a réveillé un trauma plus ancien, plus profond vécu durant son enfance : les viols répétés durant son enfance par ses deux oncles.

²⁶⁵ Le propre du clivage est de séparer un sujet unifié en deux moitiés qui « auront alors des destins relativement indépendants » et resteront « côte à côte sans s'influencer réciproquement » (LAPLANCHE, J., PONTALIS, J-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France, 1967.).

²⁶⁶ TISSERON, S. *Mémoire et création*, psychiatre, Paris.

²⁶⁷ CYRULNIK, B. *Mourir de dire la honte*. Odile Jacob, 2010, p. 100.

Fadhila a subi plusieurs traumatismes : viols par inceste, violences de guerre, terrorisme, agressions physiques et psychiques, et traumatisme de la migration.

Fadhila, traumatisée, cherche un soulagement à sa souffrance et un soutien compétent à son vécu de détresse et d'abandon. La douleur est contenue lorsqu'elle est comprise. C'est en parlant que l'image traumatique sera peu à peu prise dans un réseau de représentations.

Fadhila voudrait que sa souffrance morale persistante cesse enfin, mais cela demande une reconnaissance en tant que victime. Elle ne peut cependant pas briser, éclater sa famille. Elle ne peut donc pas révéler son secret à sa famille, ni à son mari. Fadhila ressent un très fort sentiment de haine envers ses oncles qui lui font sentir que sa vie ne vaut plus la peine d'être vécue et que les choses ne peuvent plus s'arranger.

Elle semble décrire un monde dans lequel il n'y a personne pour l'aider ou la soutenir, ou personne vers qui elle pourrait se tourner pour être comprise. Son entourage ne lui a pas assuré un cadre soutenant l'activité de pensée et de représentation. Le sentiment de sécurité interne et d'existence dans sa peau est en faillite. L'image de la famille comme structure de protection est cassée.

Les questions du trauma révèlent que Fadhila présente un **syndrome post-traumatique intense**. Fadhila évoque son passé avec honte, avec humiliation, il y a effondrement de l'estime de soi. Sa mémoire reste fixée à une image indicible et inacceptable. La mémoire traumatisée est une mémoire muette. S. Ferenczi (1934) l'explique en considérant qu'un traumatisme crée « un trou de mémoire ». Le temps s'est arrêté sur le moment du trauma. Or, « si la répétition est constructive », cela permet à la personne de donner du sens à l'événement par une tentative de symbolisation. En revanche, si la répétition n'est pas constructive, elle révèle que l'enveloppe psychique est « trouée » et se traduit par l'échec de symbolisation. Fadhila vit le présent comme fixation à ce passé, et se trouve prise dans ce passé toute sa vie. Son passé traumatisant continue à envahir son esprit, ses émotions, toute sa vie. Il y a donc impossibilité d'oublier et un effondrement dépressif. Pour mettre fin à cette situation, Fadhila « **souhaite la mort** ». C'est sa réponse à la question « quel sens donnez-vous à votre vie aujourd'hui ? »

Le travail d'élaboration psychique de l'événement traumatique de la mise en pensée et du sens se fait en s'appuyant sur des ressources internes et externes. Fadhila est détruite psychiquement, et n'a pas eu d'étayage de son entourage. Le test sur l'estime de soi révèle que Fadhila a une estime de soi négative (effondrement de l'estime de soi).

Les résultats obtenus nous permettent de conclure que le traumatisme est maintenu lorsque l'enveloppe psychique et l'estime de soi s'effondrent.

- *En ce qui concerne le vécu en exil :*

Fadhila en Syrie, ne se sent pas en sécurité, le monde lui apparaît dangereux. Fadhila est prisonnière des souvenirs traumatiques de son passé : « *le viol, surtout s'il a été incestueux, a laissé une trace indélébile qui va perdurer toute la vie* » (L. Crocq, 2012, p. 109).

Il y a sentiment de dévalorisation, Fadhila se sent inutile.

En exil, tout le vécu de peur qu'elle a ressenti durant son enfance et le moment où elle a été kidnappée émerge et se traduit par une attitude de méfiance et de peur pathologique pour son fils.

Fadhila n'arrive pas à s'arracher à ses souvenirs afin de penser à l'avenir. Mais elle a cherché à solliciter de l'aide afin de se sortir de ce labyrinthe et mettre fin à ses larmes.

Fadhila a eu le courage, de briser le silence et verbaliser son vécu traumatique. Elle a franchi le premier pas vers le chemin de la réparation. On peut supposer que l'exil a un effet positif sur son estime de soi

Ce qui va dans le sens de notre deuxième hypothèse :

L'influence de l'exil sur l'estime de soi a des conséquences sur le vécu traumatique.

Lorsque l'exil est positif, il renforce l'estime de soi, lorsque l'exil est négatif, il affaiblit l'estime de soi.

III.1.3. SALAM

-1-Récit de vie

Salam est une femme irakienne, âgée de 50 ans, mariée et mère de 3 enfants.

Elle est arrivée en Syrie en 2006, où elle exerce la fonction de directrice au centre social accueillant des réfugiés politiques. Salam a été auparavant éducatrice et a suivi une formation en psychologie.

Salam a joué un grand rôle en me facilitant la rencontre avec les femmes du centre.

Après une semaine de présence au centre, Salam, hésitante, est venue à notre rencontre, profitant du fait qu'il y avait peu de femmes présentes au centre. Après un bref moment de silence, elle m'interpelle : « *et moi, vous ne m'avez pas écoutée, je suis peut être un cas intéressant pour votre travail. Je suis irakienne et tous les Irakiens sont des traumatisés de la guerre* ». Ses yeux fuyant notre regard, et après un moment de silence, Salam livre : « *je n'ai jamais eu l'occasion de parler de ma souffrance, j'ai cédé au silence, on m'a appris à cacher la souffrance, il ne faut jamais montrer ses faiblesse, c'est honteux de se plaindre* ».

Ce que nous révèle Salam sur le mode de fonctionnement de sa famille avec l'autre, c'est le « *silence* », le fait de cacher, il ne faut jamais révéler les points faibles. La réalité souterraine est souvent plus actuelle que ne l'est l'apparence. Une stratégie méfiante, pas d'ouverture vers l'autre, en même temps, une stratégie qui unit la famille par le secret.

Du silence à la parole, Salam se lâche, elle évoque les points douloureux de son histoire :

« Quatre ans maintenant que je vis en Syrie avec mes enfants et ma mère. Nous étions venus voir mon frère qui venait de Dubaï en touriste afin de visiter ce pays mais les événements se sont succédés si rapidement, de manière si inattendue et si dramatique. Une semaine après notre arrivée en Syrie, mon fils aîné prit la décision de retourner en Irak. Sur le chemin du retour, à l'entrée du territoire irakien, il fut kidnappé par un groupe de terroristes. Elle se mit à pleurer mais sécha très rapidement ses larmes : je ne veux pas pleurer, dès que je me remémore ce moment terrible, je pleure, c'est très dur, mon séjour à Damas était pour voir ma famille, pour passer des vacances, c'était terrible ! ».

« C'est la première fois que l'occasion m'est donnée de parler de cet événement douloureux. Lorsque j'appris le kidnapping de mon fils, cela fut très dur pour moi ; une grande souffrance difficile à exprimer. J'ai goûté à l'amertume, ce moment fut une grande souffrance pour moi qui restera à jamais gravé dans ma mémoire. Je n'ai pu ni pleurer ni crier. Ma mère était chez moi, elle venait de se faire opérer des yeux, elle ne pouvait pas pleurer, elle ne devait pas. Elle a élevé mon fils, elle était très attachée à lui. J'ai été obligée de lui cacher ce drame, de ne rien lui dire. J'ai fait le vœu à Dieu de jeûner jusqu'à ce qu'il libère mon fils. J'ai consacré mon temps à la prière. Il y a des moments où je pleure en silence, dans la cuisine. J'ai tenté par tous les moyens de cacher ma souffrance et ce fut le plus dur : souffrir en silence sans pouvoir rien dire à personne, sans pouvoir crier ».

Salam a été mise dans un silence qu'elle n'a pas cherché, comment affronter la dure réalité « *sans voix* » ? Le silence a fait sombrer Salam dans l'agonie psychique : effondrement intérieur, elle était impuissante et incapable de faire quoi que ce soit pour son fils, Salam s'est réfugiée auprès de Dieu.

Salam s'est enfermée dans le silence, « dans la mémoire traumatique, un souvenir s'impose. La personne isolée acquiert une vulnérabilité neuro-émotionnelle, si, de plus, elle maîtrise mal l'outil verbal, ou si son milieu l'empêche de parler, toutes les conditions de la souffrance traumatique sont réunies ». ²⁶⁸

Les terroristes ont demandé une rançon, la famille a payé une grande somme d'argent : « *une semaine plus tard, mon fils fut enfin libéré. Depuis ce jour-là, je ne suis plus retournée en Irak. Au fond de moi, j'ai une peur énorme, j'ai peur de retourner en Irak, j'ai peur, j'ai peur de retourner en Irak. Je ne pouvais pas revenir sur les lieux, ça aurait réveillé les traces du passé, j'ai peur, j'ai peur. Mon mari est un militaire et j'ai peur qu'il le tue* ».

Le temps du traumatisme a pu être très court, mais l'après-traumatisme peut parfois être particulièrement long :

« *Puis, après cette période, après la libération de mon fils, je suis passée par une période de dépression, et j'ai été un moment malade dans un état où je n'avais plus la force de me lever de mon lit. Je pleure tout seule, je jeûne, heureusement qu'au fond de moi, il y a une croyance très forte. Je fais la prière, je me plains à Dieu qui m'a créée, Dieu sait dans quel état j'étais* ».

Une semaine d'attente dans la peur de perdre son propre fils, une semaine dramatique. Le corps a toujours ses mots à dire dans les manifestations de la souffrance, en déchargeant l'état de tension par et dans le corps. Les symptômes s'organisent et apparaissent à travers une asthénie, une fatigabilité, des troubles affectifs, émotionnels, anxieux et dépressifs, et avec réminiscence des souvenirs traumatisants.

Pour Salam, parler à Dieu, c'est se décharger du problème vers le grand puissant qui veille sur elle, c'est faire confiance à Dieu, c'est son protecteur.

²⁶⁸ WILLIAMS, J.-M., BARUHOFERT, T., et al. , « *Autobiographical memory specificity and emotional disorder* », *Psychological Bulletin*, 2007, 133 (1), p. 122-148., cité par B. Cyrulnik dans son livre « *Sauve toi, la vie t'appelle* », Édition Odile Jacob.

« Après cet événement, nous avons pris la décision de ne plus retourner en Irak. Ce fut très dur de convaincre mon mari et les enfants de rester en Syrie et de ne plus retourner en Irak. Ce fut une décision très difficile mais notre vie était menacée en Irak. Nous habitons dans un quartier où l'appartenance religieuse était différente de la nôtre. Partout il y avait du sang, des cadavres. J'avais tellement peur alors que nous n'avions jamais fait de mal aux autres ».

Pourquoi avoir peur alors que Salam n'avait jamais fait de mal aux autres ? Salam a perdu confiance en l'humanité qui engendre la perte du sentiment de sécurité interne, et avec cet état psychique, elle doit faire face à ce nouveau contexte.

En restant en Syrie, Salam retrouve des raisons de vivre pour dépasser sa souffrance. Arrachement brut sans préparation, exil forcé qui l'amène avec sa famille loin de son pays natal. Comment se rattacher au fil de l'espérance ?

L'histoire de Salam décrit les situations de changement radical d'existence que connaissent ceux qui ont traversés un événement traumatique. Tout changement initie un travail de deuil. M. Klein (1940) écrit que *« toute douleur provoquée par une expérience malheureuse a quelque chose de commun avec le deuil, quelle que soit la nature de cette expérience »*.²⁶⁹

Salam continue la narration de son histoire :

En exil, *« cela fait quatre ans que nous sommes en Syrie. Pour mon mari, cela a été très dur de quitter l'Irak. Jusqu'à maintenant encore, il veut y retourner, mais le plus important, c'est nos enfants, leur avenir. Jamais nous n'aurions pensé que la situation en Irak allait s'aggraver à ce point, et durer si longtemps. Je remercie Dieu que mon mari et mes enfants soient vivants. J'ai tout quitté : mon travail, ma jolie maison, je me suis éloignée de ma famille, ma vie. Tous ces sacrifices pour ma famille. Ils sont ce que j'ai de plus cher au monde. Afin qu'ils soient en sécurité, j'ai sacrifié tous les biens matériels afin de sauver ma famille. J'aime simplifier la vie, je n'aime pas les problèmes. Ici en Syrie, nous sommes en sécurité, on se sent en sécurité mais nous avons toujours ce sentiment ambigu. L'avenir est inconnu, je me pose toujours des questions : est-ce que la situation en Irak va durer encore ?, des idées noires m'envahissent. Je me répète que chaque chose a son temps. Maintenant, nous avons une vie tranquille et Dieu nous trouvera une solution, la délivrance ».*

²⁶⁹ TAÏËB, A. *De l'horreur du traumatisme à l'oubli salvateur (à propos des enfants meurtris)*.

Bien que la nostalgie soit douloureuse pour Salam, elle est aussi créatrice.

« Mon mari a fait beaucoup d'efforts d'adaptation, maintenant il a des amis en Syrie, il va à la mosquée, il se documente sur internet mais il est toujours dans l'attente. Pour moi, c'est plus facile : j'ai en tête ce proverbe irakien qui dit que ceux qui rencontrent la mort ou assistent à la mort, acceptent la fièvre ».

Quelle couleur Salam donne aux événements qu'elle vit, quel raisonnement reflète le proverbe qu'elle a énoncé ? Ce proverbe révèle la capacité de Salam à présenter une version métaphorique de son ressenti, elle a déterminé une compréhension et une réaction nouvelle par rapport à son problème. E. Josse (2004), dit que : *« la métaphore génère des pensées qui permettent d'instaurer de l'espoir pour l'avenir, de prendre des décisions, d'entrer en action, de changer d'attitude face à son problème, de trouver la motivation de s'en sortir, de transformer ses émotions ».*²⁷⁰

Le proverbe qu'elle a énoncé est une métaphore qui symbolise la nécessité d'accepter la réalité, de faire face aux événements et de se battre « l'optimisme permet d'interpréter positivement les événements présents, de se projeter dans le futur et la satisfaction de l'existence ». ²⁷¹

« Je m'adapte à ma nouvelle vie, j'ai rencontré des amis syriens, mais il y a des moments très difficiles où je me sens nostalgique et où la solitude devient pesante, cela dure depuis plus d'un an. J'ai des moments où l'angoisse m'envahit, mon fils présente des signes de traumatisme ».

Salam pleure de chagrin en parlant de son fils :

« Quand il a été enlevé, il avait 24 ans, il était terrorisé, il avait besoin de quelqu'un pour l'aider à dépasser son trauma ». Salam laisse exploser sa tristesse. Des larmes inondent son visage comme si elle n'avait jamais pleuré. La verbalisation a facilité l'émergence de ses sentiments :

« Un mois après les événements, je voulais lui faire changer d'air, l'éloigner, je le poussais à voyager, il est parti en Inde mais il ne supportait pas d'être loin de sa famille. Après deux jours, il est revenu vers nous, il était si fragile, il avait besoin de notre soutien, il faut

²⁷⁰ JOSSE, E. *Métaphore et traumatisme psychique*, 2013, p. 18.

²⁷¹ LECOMTE, J. *Introduction à la psychologie positive*. Paris : Dunod, 2014, p. 10.

renforcer son estime de soi. Il est très attaché à moi, il ne dormait pas la nuit, il fait encore des cauchemars, il criait la nuit : détache-moi !».

Salam pleure d'amertume.

Salam éprouve de la tristesse, de la peur, mais aussi de la colère. Le rappel du souvenir traumatique, du fait de sa charge émotionnelle, est alors susceptible de provoquer un état de conscience modifié spontané de sorte que Salam a la sensation de revivre l'angoisse au moment où elle l'évoque.

La mère, toujours en mode télépathique vis-à-vis de son fils, parlent des attachements très forts qui unissent la mère avec son enfant :

« La nuit où il a voulu retourner en Irak, j'avais fait un rêve prémonitoire. Je n'étais pas d'accord pour qu'il retourne seul en Irak. J'avais un pré-sentiment très fort qu'il allait lui arriver malheur. S'il m'avait écouté... Mon fils s'est senti coupable de ne pas m'avoir écoutée. S'il l'avait fait, rien de cela ne serait arrivé. Le drame aurait été évité ».

« La nuit de l'enlèvement, j'avais fait un rêve d'une balle entrant dans mon corps, mais j'étais en vie. Je me suis dit que les gens que j'avais aidés voulaient me tuer maintenant ».

Le rêve de Salam traduit le manque de sécurité interne, la peur qui s'était installée au fil des années de guerre et le plus terrible étant la guerre civile. Si on peut mesurer le coût de la guerre en termes de souffrance individuelle. En guerre civile, on ne sait pas qui est notre vrai ennemie, qui nous menace, et surtout pourquoi tous ces actes de terrorismes ?

Le terrorisme plante un climat d'insécurité, de crainte, de terreur. Les actes terroristes atteignent non seulement des individus, mais également leurs familles, leurs amis et l'ensemble de la société. L'impact va donc bien au-delà des victimes directes individuelles. Le caractère profondément intrusif et violent du terrorisme peut favoriser dès lors l'apparition de troubles psychiatriques ou de comportements à risque.²⁷²

Même si la prise d'otage s'est terminée, le sentiment d'amertume, l'anxiété, cet état psychique d'extase et de suspension du temps reste un moment fort du souvenir :

« Encore maintenant, mon fils veut retourner en Irak. Pour ma part, si la situation demeure aussi chaotique, instable, je ne retournerai jamais en Irak. Ma grande maison me manque,

²⁷² CARRON, P.-N., REIGNER, P., YERSIN, B. et al. *Conséquences psychologiques individuelles et communautaires du terrorisme*. Rev Med Suisse, Médecin et terrorisme, 2008, N° 173, p. 2115-2119.

mon jardin, mais j'ai tellement peur de la guerre civile, l'enlèvement de mon fils a été une grande épreuve et grâce à Dieu, nous avons pu dépasser cette douloureuse épreuve. Mais au fond de mon cœur, demeure ce sentiment d'injustice, je sens cette oppression. Je ne comprends pas pourquoi cela nous est arrivés, pourquoi pas aux autres. Des idées noires m'envahissent l'esprit et je pleure. Mais je me réveille de cette crise, essayant de trouver du sens. J'essaye de me raisonner, me disant à moi-même que ces larmes n'apportent que douleurs, et que mes enfants sont encore vivants ».

Salam passe par des états dépressifs qui peuvent venir alourdir le voyage au service d'un travail sur la perte que suppose presque toujours la traversée du traumatisme.

« J'ai au fond de moi une forte croyance en Dieu, je médite beaucoup, j'ai envie de pleurer sur le genou de ma mère, j'ai envie de crier mais je ne peux pas l'exprimer et me plaindre devant mon mari. Quand je vois les malheurs des autres, je trouve que le mien est plus facile. J'ai besoin d'en parler à quelqu'un, mais il n'y a personne donc, je me parle à moi-même. Les autres femmes du centre ont besoin de parler, elles sont incapables de m'écouter, alors je me parle à moi-même, je pleure. Dieu merci, j'ai une forte croyance, la santé, et la sécurité sont le plus important dans la vie. On ne connaît pas l'importance de se sentir en sécurité sauf si on a connu la peur ».

Interrogation sur soi, comme si Salam essayait de contenir et de négocier l'angoisse traumatique. C'est un travail mental mais ce travail mental lui-même est fondé sur la capacité de faire face, et de gérer la situation.

Salam ne veut plus que son fils parte à l'étranger :

« Je suis très attachée à lui, on est presque des amis ».

Un attachement qui reflète la peur de revivre des événements identiques, la peur de perdre son fils.

« Je crois le prophète Mahomet lorsqu'il dit : « l'un de vous n'est véritablement croyant que s'il aime pour son frère ce qu'il aime pour lui-même »

La tradition religieuse et morale met au premier plan les valeurs altruistes (J. Cottraux, 2007).²⁷³

Salam éprouve du plaisir, dans le cadre de son travail, à soutenir les femmes irakiennes accueillies au centre. Elle les écoute, elle les encourage en portant sur elle un regard positif. Elle se montre également généreuse en leur apportant une aide financière. C'est dans cet altruisme qu'elle a trouvé une source de force au fond d'elle, et qu'elle a renforcé sa confiance en elle.

Salam a mis en place des actions pour faire face et s'adapter aux situations difficiles qu'elle rencontre. Dans le dictionnaire de la psychologie de Bloch et al. (1991), le *coping* est défini comme « *le processus actif par lequel l'individu, par l'auto-appréciation de ses propres activités, de ses motivations, fait face à une situation stressante et réussit à la maîtriser* ». Selon G.-E. Vaillant (1993), le *coping* est bien à différencier des mécanismes de défense. Ces derniers étant du domaine de l'inconscient et étant liés à des conflits intrapsychiques, alors que ce qui caractérise les stratégies de *coping* c'est qu'elles sont conscientes, orientées vers la réalité extérieure et suscitées par un événement ». ²⁷⁴

Salam a été élevée de façon à être indépendante, elle ne supporte pas que son fils ne soit pas autonome :

« J'ai ma vie privée et mon fils a la sienne, je respecte mon fils, je respecte son intimité, je veux qu'il soit indépendant comme je l'ai été. Mes parents voulaient que je sois indépendante, ils m'ont responsabilisée depuis mon enfance. Il y avait des moments où j'avais envie de parler, de me vider, mais ça ne se faisait pas. Il fallait que je réagisse comme une adulte, c'était moi la responsable. Dès mon enfance, j'apprenais à écouter, sans être entendue. C'était à moi d'écouter mes parents, je ne pouvais pas renverser cette situation ; alors je me parlais à moi-même ».

Quelle espace y avait-il pour elle dans sa famille ? Les souvenirs revenus à la surface réveillent en elle les traces de cette solitude.

B. Cyrulnik (1998), indique que la capacité d'être autonome et efficace dans les rapports à l'environnement fait partie du profil de l'individu résilient.

²⁷³ COTTRAUX, J. *La force avec soi : pour une psychologie positive*. Odile Jacob, p. 62.

²⁷⁴ ANAUT, M. *La résilience, surmonter les traumatismes*. Nathan, p. 63.

« Aujourd'hui, j'ai dépassé ce trauma, mais ses traces ont créé au fond de moi une grande peur, un sentiment d'insécurité, de peur permanente. Je suis inquiète pour l'avenir, l'avenir est inconnu, mais je suis prévoyante. J'ai beaucoup de chance, je n'ai perdu aucun membre de ma famille car aucun n'a travaillé avec l'État. Le proverbe dit : « celui qui n'a pas d'argent voyage en caravane et il est en sécurité ».

« Si je ne m'étais pas mariée avec mon mari qui est militaire, j'aurais pu rester dans ma patrie avec ma famille en Irak. Je tente de me convaincre du contraire, me disant que c'est parce qu'il est militaire qu'il a pressenti le danger et nous a poussés à partir d'Irak. Grâce à lui aujourd'hui, nous sommes vivants. »

Salam raconte son histoire, où certain éléments représentent un terrain riche pour générer de nouvelles métaphores personnelles.

La situation devenue dangereuse en Irak et face à la menace de perdre son mari, Salam est devenue une personne craintive. Exil forcé, éloignement non voulu, rupture lourde et exil intérieur :

« Je veux retourner en Irak, voir ma mère, cela fait 3 ans que je n'ai pas vu ma mère. Je veux casser le mur de la peur, je n'y arrive pas... Je veux y aller toute seule en Irak, je ne veux pas que mes enfants viennent avec moi, la situation est bien trop dangereuse là-bas. Ma famille d'Irak m'a appelée la peureuse. Ici, en Syrie, le quotidien est difficile, on est dans l'attente, on attend notre destin ».

Casser le mur de la peur, briser le silence. L'exil se remplit par le vide, celui du pays d'origine et le lien avec la mère. En état d'alerte, Salam est devenue hypersensible au son. Les années de guerre ont laissé des empreintes dans son cerveau. La peur s'installe dès qu'elle entend un son fort :

« En entendant les sons forts, je sens l'effroi, je sursaute, puis je me moque de moi-même, ce n'est que des feux d'artifices, si quelqu'un fait claquer la porte, je tremble de peur ».

Chaque son vient faire écho à celui de la bombe. Cet état d'hyper vigilance caractérise les états post-traumatiques. C'est un état de menace qui traduit le manque de sécurité interne. Il s'agit d'une effraction de l'enveloppe corporelle et sensorielle.

« J'ai vécu plusieurs guerres, mais cette guerre, c'est la plus dure, car nous avons été obligés de quitter notre maison. Durant la guerre contre l'Iran, j'avais peur de m'approcher

des fenêtres, j'avais peur de m'exposer de peur que les fenêtres explosent et que les morceaux de verre soit partout, nous blesse. En Irak, je laissais toujours les fenêtres ouvertes ».

La peur fait partie de quotidien des Irakiens.

« J'évite de regarder la télé irakienne, j'évite d'entendre le malheur de l'Irak, j'évite les films d'horreur ».

À la suite d'un traumatisme, la personne est susceptible d'éviter des choses qu'elle associe au traumatisme, comme un endroit ou une activité particulière.

« Je suis sociable, j'aime les gens, je les aide, je les écoute, je les encourage à se vider, je les conseille, mais quelquefois, je ne peux plus les écouter, surtout quand il s'agit des problèmes banales en comparaison à ce que vivent les Irakiens au pays ».

« J'étais toujours forte, j'arrivais à surmonter les épreuves. Là, je sens la fatigue mais j'arrive encore à la supporter. J'ai traversé des expériences douloureuses comme la mort de mon père. J'y ai fait face, j'étais forte, mais aujourd'hui, je me sens fatiguée, je n'ai plus la même force qu'avant. Je ne peux plus supporter ; aujourd'hui, je suis incapable de supporter une nouvelle expérience douloureuse, j'ai perdu mon énergie ».

L'accumulation des événements douloureux et traumatisants a rendu Salam vulnérable, et a créé au fond d'elle un bouleversement psychique qui nécessite des mobilisations de ses modalités adaptatives et ses mécanismes de défense. M. Anaut (2003) dit que *« la vulnérabilisation peut résulter de la rencontre avec un traumatisme unique ou multifactoriel, dont l'intensité met à mal « le Moi » du sujet et ses capacité de réponse »*.²⁷⁵

Les souvenirs de Salam l'amènent vers un autre épisode de sa vie. La mémoire traumatisée est devenue vivante et les événements ont commencé à s'enchaîner dans un sens subjectif. Quand la mémoire est fraîche, nous dit B. Cyrulnik (1999), les traumatisés ont besoin d'en faire un récit afin de maîtriser leurs émotions et de socialiser leur épreuve afin de se sentir comme les autres²⁷⁶ :

²⁷⁵ ANAUT, M. *La résilience ; surmonter les traumatismes*. Nathan, 2003.

²⁷⁶ JOSSE, E. *Métaphore et traumatisme psychique*, 2013.

« Je me rappelais d'un moment, ça peut être un outil pour ton travail. Un jour durant le ramadan, mon mari était au travail, mes enfants et moi regardions la télé, mes enfants étaient petits, mon fils avait 7 ans. On a entendu une grande explosion (c'était le 17 décembre 1998, Bill Clinton ordonnait le bombardement de l'Irak). Nous sommes sortis de la cuisine et on s'est cachés. Nous ne comprenions pas ce qui venait de se passer, s'il y avait des blessés. Après quelques minutes, je me suis approchée de la fenêtre, j'ai vu une voiture en feu à l'entrée du jardin ; c'était la voiture de mon beau-frère qui l'avait garée à cet endroit-là. Un avion venait de lancer une bombe. Elle est tombée dans notre jardin, et les feux ont enflammé la voiture. Mon fils, terrorisé, a couru pendant dix longues minutes. Moi, je tremblais de peur. Je n'oublierai jamais ce jour-là. La veille, j'avais fait un rêve où je visitais la tombe d'un Saint. Au réveil, j'avais oublié ce rêve, mais à la vue des femmes entrant chez moi pour trouver des réponses à ce qui venait de se passer, je me suis subitement souvenue de ce rêve. J'ai remercié Dieu de nous avoir sauvés. Les femmes me demandaient ce que j'avais fait d'exceptionnel pour que Dieu me protège ainsi. Heureusement, la voiture n'avait pas explosé, des soldats sont intervenus rapidement pour éteindre le feu et ont jeté la voiture au loin. En Irak, nous étions toujours exposés à la mort, il y avait des cadavres autour de nous. L'odeur du sang restera à jamais gravée dans ma mémoire ».

Souvenirs traumatisants menaçant sa vie et la vie de ses enfants, une peur éprouvante ressentie par la famille, ici le traumatisme psychique provoqué par le vécu émotionnel terrifiant d'un danger menaçant la vie, survenu du réel soudainement sans préparation. Salam, en extériorisant progressivement par des mots ce qu'elle éprouve, peut peut-être prendre de plus en plus conscience de son monde interne, de ses expériences antérieures, de ses expériences nouvelles. La narration lui a permis de faire un travail d'harmonisation de ses souvenirs.

Salam a sélectionné des événements afin de mettre un récit cohérent et donner un sens subjectif.

Quelques jours plus tard, Salam est venue à notre rencontre pendant un temps calme de la vie du centre. Les femmes suivaient des cours. Salam nous confia :

« J'ai un secret dont il faut que je te parle. Au début de ma vie, j'ai eu un grand traumatisme, je ne t'en ai pas parlé la première fois lors de notre rencontre. En ce temps-là, j'avais 20 ans, je venais de me marier. Mon mari avait 26 ans, et après deux mois de

mariage, c'était encore une période de lune de miel, des moments magnifiques, inoubliables avec mon mari. Malheureusement le bonheur n'a pas duré longtemps, la guerre avec l'Iran fut déclarée. Mon mari n'est jamais revenu du champ de bataille, il est mort. J'ai passé avec lui deux mois d'amour. J'étais enceinte et veuve. Je faisais tout pour cacher mon ventre, je ne sais pas pourquoi je faisais cela. Je faisais tout pour que les autres ne voient pas mon ventre. Depuis cet événement, je ne pleure plus, je cache ma souffrance, il ne faut jamais apparaître en position de faiblesse. L'amour de ma famille m'a aidée à dépasser la douleur de la perte de mon premier mari. Ils m'ont aidée à élever mon fils ».

Dans le cadre familial, la relation éducative entre parents et enfants transmet les modèles de comportement, de façon de faire, de sentir, d'agir qui marquent le devenir de tout être humain dans son histoire personnelle.²⁷⁷ Le silence, c'est le modèle qui a été transmis à Salam, L'aptitude à extérioriser ne fait pas parti de ce mode de communication.

Salam parle ; ses mots véhiculant les ressentis les plus profonds, les plus intenses et les plus signifiants. Salam a à peine connu l'amour, son corps à découvert la sexualité et elle a perdu son mari. Elle s'est retrouvée veuve et enceinte. Salam, par pudeur, ne montrait pas son ventre : « la pudeur est une dimension de la psyché précocement construite par l'éducation, c'est aussi un vécu subjectif, fortement lié au sentiment de honte sur lequel jouent, consciemment ou non, de nombreuses religions. Dans la tradition musulmane, la pudeur est considérée comme « une branche de la foi ».²⁷⁸

Pudeur corporelle, pudeur verbale, il est difficile pour Salam de se dévoiler, et de révéler ses blessures, blessures cachées non seulement dans le domaine de ses sentiments conscients mais aussi blessures sur son monde intérieur.

Dans les cas de guerre, le traumatisme est presque toujours associé à des pertes. Salam perd son mari, c'est l'expérience de solitude, la perte de l'autre comme objet total. La perte de gens qu'on aime constitue un deuil qui sous-tend l'impossible oubli, et la peur de revivre le même deuil.

Salam à haute voix, a exprimé ses sentiments, à travers des mots qu'elle a verbalisés, et a ressenti un grand soulagement.

²⁷⁷ FILLLOUX, J. *Science de l'éducation*, 2013.

²⁷⁸ Article des philopistes du café philo de Montpellier. *Quel sens donner à la pudeur ?*, Sujet du 16/07/2014.

Le traumatisme psychique se situe donc comme quelque chose qui n'a pas été dit, ni pensé. C'est la verbalisation de l'expérience traumatique qui va l'extérioriser, le réduire et le maîtriser.²⁷⁹

Pour conclure nos entretiens, nous avons interrogé Salam en lui demandant : « *aujourd'hui, quel sens donnez-vous à votre expérience ?* »

À cette question, Salam me répond : « *la croyance en Dieu, n'importe quelle croyance donne la force de dépasser les épreuves psychiques.* »

Penser la souffrance, c'est relier des éprouvés à des représentations, au point qu'elle soit reconnue et fasse sens. Six mois après notre dernier entretien, nous sommes retournée au centre. Salam nous a accueillie avec un grand sourire et nous a annoncé qu'elle était parvenue à casser ce mur de peur et qu'elle était retournée en Irak. Elle avait enfin pu voir sa mère. Le travail psychique qui fait suite à la « perte » réelle, imaginaire, fantasmatique, s'organise dans une temporalité spécifique pour chaque sujet.²⁸⁰

-2-Questionnaire d'évaluation du traumatisme

L'intensité de la manifestation du traumatisme est mesurée à l'aide d'une échelle se composant de nulle « 0 » à très forte « 3 ».

L'échelle A, composée de 8 items, concerne le ressenti **pendant le déroulement de l'événement**. L'analyse des résultats obtenus révèle un **syndrome psycho-traumatique léger**.

En effet, à cet item, Salam obtient un score de 18 (max = 24). Les réponses montrent que Salam, à la question 6 : « avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou assister à un spectacle insoutenable ? » Sa réponse est le chiffre 1 : faible. Elle n'a pas directement affronté la mort mais montre de l'angoisse face à l'immense peur de perdre son fils. Elle est consciente de la gravité de la situation. L'idée qui l'obsède est que les terroristes veulent tuer son fils. Quand elle a appris le kidnapping de son fils, elle a ressenti un sentiment d'impuissance.

²⁷⁹ JOSSE, E. *Métaphore et traumatisme psychique*, 2013.

²⁸⁰ POMMIER, F. *Mort et travail de pensée - Points de vue théoriques et expériences cliniques*. Collection Carnet psy, Régine scelles, Édition Érès, 2011, p. 8.

Les échelles (B, C, D, E, F, G, H, I, J) abordent le ressenti actuel, c'est à-dire **depuis l'événement.**

L'échelle B, vérifie l'omniprésence de l'événement. La note brute obtenue à ce test est de 2 (max = 10 et plus). Cela traduit que Salam n'est pas envahie par des images forcées, elle ne vit pas le passé en tant que présent, elle ressent un peu d'angoisse lorsqu'elle repense à ces événements, mais elle n'a aucune difficulté à parler de ces événements.

L'échelle C, vérifie le trouble du sommeil. La note obtenue est de 1 (max = 15), Salam n'a aucun trouble du sommeil.

L'échelle D, vérifie l'état d'angoisse. La note obtenue à ce test est de 6 (max = 14 et plus). Elle n'a pas de manifestation d'anxiété, aucune crise d'angoisse, par contre, elle évite les situations ou des spectacles qui évoquent l'événement, et elle éprouve un fort sentiment **d'insécurité.**

L'échelle E, vérifie les changements survenus sur le plan de la sensibilité perceptive (bruit, méfiance, irritabilité, colère, agressivité). La note obtenue de 7 (max = 15 et plus) révèle que Salam est plus méfiante et vigilante face aux bruits (E1, E2), et elle est devenue un peu plus irritable qu'avant.

L'échelle F, vérifie les changements et les réactions survenus sur le plan psychosomatique. La note brute obtenue est de 2 (max = 10 et plus). Elle n'a pas de problème de santé, seulement des maux de tête lorsqu'elle repense à l'événement ou lorsqu'elle se retrouve dans des situations qui rappellent l'événement.

L'échelle G, vérifie les troubles de mémoire et de concentration. À cette échelle, elle obtient un score de 2 (max = 8). Le résultat obtenu révèle que Salam n'a pas de difficulté à se concentrer, mais, elle a un **peu** de difficulté à se rappeler certains éléments de l'événement (item G3), réponse par le chiffre 1, faible.

L'échelle H, vérifie l'état de dépression, la note obtenue à ce test est de 5 (max = 18 et plus). En effet, Salam a perdu tout intérêt pour des choses qui étaient importantes pour elle avant l'événement, elle a tendance à s'isoler. Salam prend des antidépresseurs.

L'échelle I, vérifie la culpabilité, la honte, le changement dans sa façon de voir la vie. À ce subtest, Salam obtient un score de 5 (max = 17 et plus). En effet, Salam ne ressent ni honte, ni

culpabilité, seulement de la colère depuis l'événement. Sa façon de voir la vie a changé. Elle a le sentiment d'avoir un peu changé.

L'échelle J, vérifie les répercussions sur la qualité de vie. La note brute obtenue est de 1 (max = 8 et plus). Sa qualité de vie n'a pas changé, mais elle ne trouve plus le même plaisir qu'auparavant.

Le TRAUMAQ met en évidence l'existence d'un syndrome **psycho-traumatique léger**, corroboré par l'ensemble des notes obtenues au questionnaire.

-3-Echelle d'estime de soi de Rosenberg

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

		1	2	3	4
1	-Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.			<input checked="" type="checkbox"/>	
2	-Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			<input checked="" type="checkbox"/>	
3	-Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.		<input checked="" type="checkbox"/>		
4	-Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.				<input checked="" type="checkbox"/>
5	-Je sens peu de raison d'être fier de moi.			<input checked="" type="checkbox"/>	
6	-J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.			<input checked="" type="checkbox"/>	
7	-Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			<input checked="" type="checkbox"/>	

8	-J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.		X		
9	-Parfois, je me sens vraiment inutile.	X			
10	-Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.		X		

Salam a obtenu un score de 31, son **estime de soi** est dans la **moyenne**.

De plus, à la question (I) 4 : « *depuis l'événement, vous sentez-vous dévalorisée ?* Salam a répondu par le chiffre 0. Salam n'éprouve aucun sentiment de dévalorisation de soi.

Malgré les évènements douloureux de son existence, Salam possède dans son âme une représentation d'elle, de sa valeur. La valeur que chacun accorde à lui-même constitue un enjeu psychologique d'importance à tous les âges de la vie. L'auto-évaluation a un impact sur l'estime de soi, l'évaluation que nous nous faisons va dépendre de ce que l'on vit et de la façon dont on fait face aux difficultés, mais va aussi en retour influencer la manière dont on y fait face. Si l'estime de soi peut favoriser l'ajustement, c'est sans doute qu'elle a une influence dans la gestion du stress de la vie quotidienne.

Certaines situations, notamment de contextes difficiles et menaçants, pourraient avoir un impact sur le niveau d'estime de soi et le stress lui-même pourrait influencer l'estime de soi (e.g. Langrock, Compas, Keller, Merchant & Copeland, 2002).²⁸¹

Une estime de soi élevée est considérée comme un facteur de réussite adaptative, Salam, en Syrie, malgré la souffrance de l'exil, a réussi à travailler et à avoir un bon statut social.

L'estime de soi est un aspect important des processus adaptatifs à tous les âges de la vie²⁸², elle permet d'affronter avec ses ressources internes les difficultés rencontrées. J. Salomé a dit : « *l'estime de soi est un élément majeur pour accéder à l'autonomie et éviter d'entretenir la dépendance affective (envers les autres) ou les addictions (prise de drogue et autres poisons) avec lesquels certains vont aliéner leur vie* ». Salam est une femme active et responsable, Elle possède le courage de réfléchir par elle-même, de penser, de vivre. Une

²⁸¹ GOBANCE, L., BERJOT, L. et PTY B. Rôle et place de l'estime de soi dans le modèle transactionnel du stress. In *Stress et faire face aux menaces de soi et de l'identité*. Éditions Épure, 2008, p. 127.

²⁸² ALAPHILIPPE, D. *Evolution de l'estime de soi chez l'adulte âgé*. Psychologie & Neuro Psychiatrie du Vieillessement, volume 6, N° 3, septembre 2008.

estime de soi stable semble alors favorable à un bon fonctionnement psychologique (M.-H. Kernis, 2005 ; Kernis, B.-D. Grannemann & L.-C. Mathis, 1991).²⁸³

-4-Analyse et discussion du cas Salam

1- le Traumaq met en évidence l'existence d'un syndrome psycho-traumatique **léger**.

2- le test de l'estime de Soi révèle que Salam a une estime de soi **moyenne**.

Salam est venue vers nous masquée, dans le sens où sous prétexte de nous aider, elle venait en réalité chercher une écoute, une aide lui permettant de verbaliser ses souffrances, la nécessité de briser le mur du silence. Salam est venue nous voir parce que sa capacité à gérer ses sentiments s'est détériorée. **Il y a une décision personnelle de mettre des mots à l'impensable**. E. Josse (2006), dans son article « *Métaphore et traumatisme psychique* », a indiqué que l'évocation du souvenir dans un état de conscience modifié permet d'y associer un ensemble de réactions non traumatisantes. La personne ne va donc pas expérimenter une nouvelle fois le traumatisme puisque cette fois-ci, elle disposera des ressources nécessaires pour revivre l'incident critique sans que celui-ci ne soit traumatisant.

Le cadre lui a renvoyé un sentiment de contenance et de réassurance face aux angoisses et aux tensions internes.

La confiance entre nous s'étant installée, la relation semblait profondément engagée et ouverte. En effet, tout au long des entretiens avec Salam, elle cherchait à mettre du sens. Notre travail analytique l'a aidé à penser ses angoisses. La douleur est contenue lorsqu'elle est comprise.

La vie de Salam n'a pas été un fleuve tranquille, Salam et sa famille ont été confrontés à des traumatismes, à des douleurs multiples. Salam a subi des événements douloureux, elle a connu des pertes en lien avec des changements plus ou moins brutaux, des ruptures, des déchirures. Salam a vécu la guerre Iran-Irak (1980-1988) puis a perdu son premier mari, la naissance de son fils, mère veuve dans un pays arabe. Salam a perdu son premier mari et éprouve la peur de revivre cette même situation avec son deuxième mari.

²⁸³ GOBANCE, L., BERJOT, L. et PTY B. Rôle et place de l'estime de soi dans le modèle transactionnel du stress. In *Stress et faire face aux menaces de soi et de l'identité*. Éditions Épure, 2008, p. 134.

Salam, avec l'aide de sa famille, a réussi à traverser cette épreuve et continue sa propre route, malgré l'absence de son mari et a élevé son fils. La famille apparaît comme susceptible de moduler et de « traiter » les états émotionnels de celui qui a subi un événement traumatique, constituant alors une importante source de résilience (M. Delage, 2002).²⁸⁴ Salam a développé un comportement que l'on qualifie volontiers de résilient. Elle a refait sa vie, elle s'est remariée et a eu deux enfants. Le clinicien R.-J. Ursano (1996), indique qu'une expérience traumatique peut être le pivot autour duquel une victime peut réorganiser une vie antérieurement incohérente et réorienter ses buts et ses valeurs.²⁸⁵

L'accumulation d'événements externes ou internes font le lit du trauma et constituent le contexte. A. Freud (1964) considérera que « l'essence d'une situation traumatique tient à la détresse éprouvée par le Moi en face de l'accumulation de l'excitation, qu'elle soit d'origine externe ou interne ».²⁸⁶

Malgré des années de souffrances, Salam fait preuve d'une capacité d'accommodation et d'adaptation en Syrie. En pays d'accueil, Salam a réussi le tissage d'un attachement. T. Nathan insiste dans son article « *La migration des âmes* » sur le mouvement intérieur/extérieur qui se produit dans la personnalité du migrant. Ainsi, il présente l'émigration comme un processus qui consiste « à modifier l'enveloppe tout en tâchant de préserver l'identité du groupe ».

La réussite n'est pas un facteur de résilience, c'est l'engagement, la créativité qui est un facteur de résilience.²⁸⁷

Salam et le besoin d'être écoutée

« Parler dans la mesure du strict nécessaire, tel est le silence », disent les mystiques musulmans. Salam a été élevée dans une culture où il fallait cacher, l'aptitude à verbaliser ne faisait pas partie du mode de communication. Au contraire, les rôles étaient inversés, c'est elle qui devait écouter ses parents. Trauma et silence, trauma et langage, par le silence, Salam pensait maîtriser les affects pénibles.

²⁸⁴ DELAGE, M. Aide à la résilience dans les situations traumatiques. In *Stress et trauma*, 2002.

²⁸⁵ CROCCO, L. *16 leçons sur le trauma*. Odile Jacob, 2012, p. 187.

²⁸⁶ FREUD, A. « Le traumatisme psychique ». In *L'enfant dans la psychanalyse*. Éd. Gallimard, 1964, p. 205.

²⁸⁷ CYRULNIK, B., SERON, C. *La résilience ou comment renaître de sa souffrance ?* Édition Fabert, 2009.

Ce silence est le témoin d'une hyper mémoire, dont le récit reste enfermé dans le monde intime, verrouillé, impossible à dire et à partager (B. Cyrulnik). Mais garder le silence pendant des années, comme le dit B. Cyrulnik (2012), « *ne veut pas dire des années sans récits intimes* », le commentateur interne qui dit tout ce qu'il a pensé, tout ce qu'il n'a pu extérioriser, comme si avec sa communication interne cela lui permettait de revenir sur les événements, les questionner et y associer d'autres idées. Il s'agit de permettre une co-construction de son vécu avec d'autres idées, cette reconstruction subjective s'élabore au travers de la narration, des rituels thérapeutiques des métaphores et des scénarios réparateurs.²⁸⁸

En effet, le silence de Salam est une forme d'introspection, qui consiste à examiner de manière informelle ses propres pensées intérieures et les sentiments.

-5-Conclusion du cas Salam

S. Freud a emprunté à Aristote le mot « *catharsis* » pour désigner l'effet de décharge bénéfique des affects pénibles nés d'une expérience traumatisante (E. Josse, 2006). À travers son récit, Salam a su reconstruire une unité cohérente dans une configuration différente qui accorde un sens remanié à soi-même et aux événements vécus.

Traduire en mots un vécu traumatique, le transmettre sous forme de récit, ce n'est pas une reviviscence de l'événement réel, c'est déjà un produit de la pensée. La pensée permet au sujet de resituer l'expérience singulière dans son histoire, de découvrir les processus qui ont influencé son cheminement individuel et de comprendre ce qu'il a fait de l'expérience agissant en lui (E. Josse, 2006). C'est donc d'un travail de représentation de son vécu dont il est question.

M. Anaut (2003) a souligné que « *la résilience est une réponse individuelle à une situation de risque ; elle demeure avant tout plastique et peut évoluer au cours de la vie* ». Sur le plan intrapsychique, la résilience suppose à la fois le recours à des mécanismes de défense adaptés mais également de faire un travail de mise en sens ou mentalisation. Selon C. De Tychev (2001), la mentalisation correspond à : « *la capacité à traduire en mots, en représentations*

²⁸⁸ CYRULNIK, B. *Sauve-toi, la vie t'appelle*, 2012, p. 39.

*verbales partageables, les images et les émotions ressenties pour leur donner un sens communicable compréhensible pour l'autre et pour soi d'abord ».*²⁸⁹

Salam montre une meilleure insertion dans le monde et une reconquête de l'autonomie. On passe donc du domaine affectif au domaine cognitif, puis au domaine comportemental.²⁹⁰

La narration lui a permis le travail d'harmonisation de ses souvenirs. Par l'activité mentale, Salam a essayé de comprendre ses sentiments (contenir une expérience, c'est la comprendre), apprendre à les gérer, et mettre du sens.

L'acte moteur (prendre) et l'acte cognitif (comprendre) sont liés parce qu'ils facilitent la découverte de sens. Salam, avec le sens qu'elle a donné à son vécu, reflète une croyance forte sous une forme de spiritualité. J. Cottraux (2007), à ce propos : « *notre force psychologique se fonde sur des codes tellement bien incrustés dans notre culture, et dans notre histoire personnelle, que nous les tenons pour acquis et pour la vérité même* ». ²⁹¹ La croyance en Dieu est une fonction contenant qui assure le sentiment de sécurité interne et l'existence dans sa peau. Avec Dieu, Salam ressent la plénitude. La spiritualité lui propose un cadre lui permettant de faire face au traumatisme et de maintenir le lien indispensable à la poursuite de la vie psychique et intersubjective.

L'élaboration psychique de l'événement traumatique, de la mise en pensée et du sens donné, ce travail d'élaboration se fait en s'appuyant sur des ressources internes et externes.

Les résultats obtenus, vont dans le même sens de notre hypothèse :

Pour se construire après un traumatisme, donner du sens et symboliser l'événement douloureux, il est nécessaire :

*-d'avoir une **enveloppe psychique assez forte.***

*-d'avoir **une estime de soi positive.***

En dépit des souffrances vécues en exil et la question de la rupture avec le pays d'origine, Salam a réussi à trouver sa place en Syrie. Elle a un bon poste à Damas. On peut dire que

²⁸⁹ ANAUT, M. *La résilience - Surmonter les traumatismes*. Paris : Nathan, 2003, p. 82.

²⁹⁰ CROCO, L. *16 leçons sur le trauma*. Odile Jacob, 2012, p. 188.

²⁹¹ COTTRAUX, J. *La force avec soi - pour une psychologie positive*. Odile Jacob, 2007.

l'exil est pour Salam porteur de potentialités créatrices et a un effet positif qui l'a aidée à intégrer le traumatisme vécu.

Ce qui nous permet de valider notre deuxième hypothèse :

L'influence de l'exil sur l'estime de soi a des conséquences sur le vécu traumatique.

Lorsque l'exil est positif, il renforce l'estime de soi, lorsque l'exil est négatif, il affaiblit l'estime de soi.

III.1.4. TIBA

-1-Récit de vie de TIBA

Tiba est une femme âgée de 53 ans, mais dont le visage donne l'impression qu'elle est beaucoup plus âgée, les rides de son visage sont très profondes et reflètent une vie marquée par des expériences douloureuses, son regard est triste, et pourtant emplie de tendresse, cherchant le contact avec les autres.

Nous lui donnons les questions, elle nous répond avoir oublié ses lunettes : « est-ce que vous pouvez m'aider à lire les questions ? nous suggère-t-elle ? Nous lui demandons alors de nous parler de l'événement le plus douloureux pour elle.

Les larmes lui montent aux yeux, elle sanglote, puis commence à parler de l'événement le plus traumatisant pour elle : « *les américains sont entrés dans ma maison, avec des armes en 2003, ils ont enlevé mes deux fils, puis ils sont montés au deuxième étage, ils ont volé tout l'argent, les bijoux, ils ont saccagé la maison.* Tiba poursuit son récit en pleurant : « *Moi je suis analphabète, j'ai essayé de téléphoner, de demander de l'aide, ils m'en ont empêchée, ils m'ont attrapée et m'ont frappée, puis ils nous ont attachés et nous ont conduits vers la cave et ont pris mes deux garçons. Ma fille a hurlé de peur et leur a crié : « pourquoi vous nous bande les yeux, on n'est pas des meurtriers, on n'est pas des criminels ». À ce moment-là, j'ai perdu conscience ».* Tiba a ressenti un sentiment d'impuissance.

Après quelques heures, un homme a appelé et leur a annoncé que ses deux fils seraient libérés vers dix-sept heures moyennant une importante somme d'argent. Tiba semble replongée dans la scène, reviviscence hallucinatoire qui reproduit le décor et la scène de

l'événement traumatique, et dans laquelle Tiba se voit (elle croit y être), avec tout l'éprouvé de détresse qui a marqué son expérience de la scène inaugurale. Les images sont très précises, présentant les mêmes personnages et les mêmes scènes, qui se déroulent « comme un film d'action américain ». C'est une autre forme du syndrome de répétition : subitement, le sujet a l'impression d'être replongé au sein de l'événement, et il éprouve la même détresse. La déshumanisation : c'est la déshumanisation ressentie par Tiba lors de la rencontre traumatique, telle qu'elle se perpétuera dans les jours, les semaines, les mois, voire les années qui suivent. Au moment de « l'effroi », le sujet est dépossédé du langage, ce qui, de son point de vue, l'exclut de la communauté des hommes. *« Il y a des moments où je me sens étouffée, le sang est partout autour de nous, les cadavres... Je n'oublierai jamais les images des gens égorgés... Même l'imam de la mosquée qui faisait l'appel à la prière a été égorgé ».*

C'est la réactualisation de l'événement traumatique, le revécu sur le registre neurobiologique avec toutes les manifestations neurovégétatives du stress ou de l'angoisse (à savoir sensation de gorge serrée, pâleur, etc.). Le malheur qui l'a frappée lui fait vivre une énorme souffrance, elle se sent humiliée et ressent une profonde injustice.

Nous poursuivons l'entretien, lui demandant de nous parler de son sentiment de peur :

« J'étais terrifiée... J'ai eu peur, j'ai toujours peur, je ne dors pas la nuit, je lis le Coran pour me calmer, je mets le Coran au-dessus de ma tête, je n'oublierai jamais l'image des gens égorgés, je pleure souvent. Je ne retournerai jamais en Irak, je me sens en insécurité, ils vont m'égorger, non, non je ne retournerai jamais... ». Tiba est prise de tremblements, comme si elle revivait la même scène. Son visage est ravagé par l'angoisse et la dépression. Le stress et l'angoisse se manifestent à nouveau à l'occasion du surgissement des phénomènes de répétition, ainsi que l'effroi. Le clinicien américain C. Marmar (1997) a retenu comme signe de détresse péri-traumatique : le vécu de peur extrême, d'horreur, l'impression de mort imminente, la tristesse, la colère, la honte et la culpabilité, l'impression de s'évanouir, le relâchement sphinctérien, le vécu d'impuissance et la peur de perdre son contrôle.²⁹²

La famille se sentait en danger, ayant reçu des appels contenant des menaces de mort, *« ils nous ont menacés que si dans les douze heures nous ne partions pas, ils allaient tous nous tuer. Nous avons donc fui et pris le chemin par Al Falouga vers Damas ».*

²⁹² CROCQ, L. *Traumatismes psychiques - Prise en charge psychologique des victimes*. Elsevier-Masson, 2007, p. 26.

Un long silence s'installe, puis elle reprend la parole : « *je suis triste, très triste, je suis vulnérable* ». En pleurs, elle se met à fredonner une chanson triste qui parle de départ, de nostalgie du pays. Puis, elle évoque Saddam Hussein, l'ex-président irakien, mort pendu après un procès par les américains, demandant « *pourquoi ils ont tué Saddam, des gens armés voulaient tuer Saddam, ils sont entrés dans les quartiers du Sud, ils ont tué des gens, ils ont fouillé de partout sous prétexte qu'ils cachaient Saddam* ». Puis Tiba a prononcé des phrases faisant apparaître qu'il n'y avait pas de lien entre ses mots, ce qui traduit une incohérence de la pensée. Puis elle a recommencé à chanter en pleurant l'Irak et Saddam : « *pourquoi il y a du sang partout, pourquoi en est-on arrivé là, pourquoi on a perdu l'Irak, pourquoi, pourquoi on a perdu notre pays* ».

Tiba cherche à mettre du sens où il y a non-sens.

L'exil peut se vivre non seulement comme une perte, mais il peut également réactiver les pertes. La responsable du centre qui accueille Tiba dit d'elle qu'elle : « *a oublié son âme, la pauvre (messkina) elle ne sait plus où elle est, tout est mélangé maintenant dans sa tête, elle parlait des événements douloureux de son passée* ».

La verbalisation de Tiba, comme si nous avions affaire à une forme de mémoire non mémorable, immuable, répétitive, inaltérable au temps, se présente sous la forme d'une amnésie inorganisée non liée comme l'a indiqué M. Enriquez (1987).²⁹³ Si le temps est mort, c'est bien parce que la vie a été cassée, le temps ne fait plus son travail, c'est-à-dire vivre le passé comme passé ; ce qui est inoubliable, c'est ce passé maudit qui revient hanter le présent et l'empoisonne, Tiba parle comme si le passé allait se reproduire. L'impossibilité d'oublier est l'un des traits symptomatiques du survivant ; ce qu'il vit, c'est l'inoubliable même.²⁹⁴

À la fin de l'entretien, Tiba parvient à s'apaiser, nous lui posons donc la question : « *quel sens donnez-vous aujourd'hui à ce vécu ?* », Tiba se réveille et répond comme dans un état d'ivresse. Ses yeux se remplissent de larmes et s'adresse aux femmes syriennes (c'était la période au début des événements en Syrie) : « *n'entrez pas dans le même jeu, les américains sont des menteurs, ils ont envahi notre pays sous prétexte de nous amener la démocratie, ce qui se passe maintenant en Syrie s'est déjà passé en Irak, méfiez-vous, c'est la même situation* ».

²⁹³ GANAGE, M. *L'enfant, les parents et la guerre : une étude clinique au Liban*, EME Editions Sociales Françaises (ESF), 1999, p. 115.

²⁹⁴ FISCHER, G.-N. *Les blessures psychiques*. Odile Jacob, 2003, p. 42.

qui se reproduit, maintenant à quoi bon regretter ? Dieu protège la Syrie, il ne reste que la Syrie ». Elle a essuyé ses larmes puis est partie.

Quelle vérité Tiba a imposé à travers son récit.

Ces réflexions reflètent une vision très profonde loin d'une pensée incohérente. En effet, ceux qui écoutent Tiba pensent que ses paroles traduisent une pensée incohérente, sans association des idées, mais la réalité de ses mots sont comme un puzzle, il faut recoller les morceaux pour tisser une toile de pensée cohérente. Un événement donne lieu à une « réalité » multiple ou « perspectiviste », c'est-à-dire une « réalité » à l'épreuve des différentes évaluations possibles que peuvent en faire les personnes qui l'expérimentent.²⁹⁵ B. Cyrulnik, (2012) disait à ce propos que « *faire le récit de sa vie, ce n'est pas du tout exposer un enchaînement d'événements, c'est organiser nos souvenirs afin de mettre de l'ordre dans la représentation de ce qui nous est arrivé et c'est, en même temps, modifier le monde mental de celui qui écoute* ». ²⁹⁶

-2-Questionnaire d'évaluation du traumatisme

L'intensité de la manifestation du traumatisme est mesurée à l'aide d'une échelle se composant de nulle « 0 » à très forte « 3 ».

L'échelle A, composée de 8 items, concerne le ressenti **pendant le déroulement de l'événement**. L'analyse des résultats obtenus révèle un état traumatique élevé. Tiba à cet item obtient un score de 22 (max = 24). Les réponses montrent que Tiba « s'est vue mourir », elle a été submergée par l'angoisse et s'est sentie impuissante, puis a perdu conscience.

Les échelles (B, C, D, E, F, G, H, I, J), abordent **le ressenti actuel, c'est-à-dire depuis l'événement**.

L'échelle B, composée de 4 items, vérifie l'omniprésence de l'événement. La note brute obtenue à ce test est de 10 (max = 10 et plus). Les images reproduisant l'événement s'imposent à Tiba durant la journée, c'est l'angoisse ressentie quand elle repense l'événement.

²⁹⁵ JOSSE, E. Redevenir acteur de sa vie. In *Congrès de l'Association Parole d'Enfants*. Paris, Unesco, 24 et 25 novembre 2011, « Ces histoires qui nous façonnent - l'éveil du sens, entre mémoire et oubli », p. 9.

²⁹⁶ CYRULNIK, B. *Sauve-toi, la vie t'appelle*. Odile Jacob, 2012.

L'échelle C, composée de 5 items, vérifie le trouble du sommeil. La note obtenue à ce test est de 13 pour un maximum de 14 et plus. Les nuits de Tiba sont chargées d'angoisse, caractérisées par des réveils nocturnes, elle fait des rêves terrifiants.

L'échelle D, composée de 5 items, vérifie l'état d'angoisse. La note obtenue à ce test est de 14 (max = 14 et plus). Cela traduit l'état d'angoisse qui envahit toutes les sphères psychiques, sociales et cognitives. Crise d'angoisse, agitation : Tiba gesticule, crie, s'agite dans tous les sens.

L'échelle E, composée de 6 items, vérifie les changements survenus sur le plan de la sensibilité perceptive (bruit, méfiance, irritabilité, colère, agressivité). La note obtenue est de 14 (max = 15 et plus). En effet, Tiba a du mal à maîtriser ses crises de nerfs, et elle est très attentive au bruit.

L'échelle F, composée de 5 items, vérifie les changements et les réactions survenus sur le plan psychosomatique. La note brute obtenue est de 12 (max = 10 et plus). Tiba a eu une crise cardiaque et le diabète.

L'échelle G, composée de 3 items, vérifie les troubles de mémoire et de concentration. À cette échelle, Tiba obtient un score de 7 (max = 8 et plus). Les résultats obtenus révèlent des difficultés à se concentrer et elle présente un trouble mnésique.

L'échelle H, composée de 8 items, vérifie l'état de dépression. La note obtenue à ce test est de 19 (max = 18 et plus), c'est la note maximum, Tiba est plongée dans une tristesse, elle est vulnérable, Tiba est dans un état de dépression.

L'échelle I, composée de 7 items, vérifie la culpabilité, la honte, le changement dans sa façon de voir la vie. Tiba, obtient à ce test un score de 13 (max = 17 et plus). Frappée, insultée et attachée par les américains, Tiba ressent de l'humiliation, de la colère et elle éprouve un fort sentiment de culpabilité.

L'échelle J, composée de 11 items, vérifie les répercussions sur la qualité de vie. La note brute obtenue est de 8 (max = 8 et plus). Tiba exprime un sentiment d'incompréhension de ce qui lui est arrivé, de ce qui est arrivé à son pays, l'Irak, qu'elle a vu changé et qui ne sera plus jamais comme avant.

Le Traumaq : met en évidence l'existence **d'un syndrome post-traumatique intense**, corroboré par l'ensemble des notes obtenues au questionnaire.

-3-Echelle d'estime de soi de Rosenberg

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord			
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>			
			1	2	3	4
1	-Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.				<input checked="" type="checkbox"/>	
2	-Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.				<input checked="" type="checkbox"/>	
3	-Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.				<input checked="" type="checkbox"/>	
4	-Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.				<input checked="" type="checkbox"/>	
5	-Je sens peu de raison d'être fier de moi.	<input checked="" type="checkbox"/>				
6	-J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.				<input checked="" type="checkbox"/>	
7	-Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.	<input checked="" type="checkbox"/>				
8	-J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.			<input checked="" type="checkbox"/>		
9	-Parfois, je me sens vraiment inutile.				<input checked="" type="checkbox"/>	

10	-Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			X	
-----------	---	--	--	---	--

Le test de l'estime de soi nous révèle que Tiba a une **estime de soi faible**. Tiba ressent un sentiment d'inutilité, se dévalorise, son image de soi est ternie.

-Les facteurs favorables à l'émergence de l'estime de soi, sont un environnement stable, sécurisant, un environnement qui ne pratique pas la culpabilisation, la disqualification, le chantage, la menace, qui répond aux grands besoins relationnels de tout être humain : besoin de se dire, d'être entendu, d'être reconnu et valorisé, besoin de disposer d'une intimité et de pouvoir exercer une influence sur son environnement proche.²⁹⁷

Tiba manque de cet environnement sécurisant et stable.

Les Irakiens ont subi plusieurs guerres successives. En 2003, Tiba a reçu des menaces, vécu des violences psychiques et physiques, Tiba a dû fuir le terrorisme et les Américains en Irak, et s'est installée en Syrie, a pu construire un nid sécurisant. Mais la situation s'est aggravée, les mêmes événements qui s'étaient produits en Irak se reproduisent maintenant à Damas.

Les épreuves douloureuses qu'elle a traversées ont généré de la transformation psychique, sa vision du monde et d'elle-même a changé, et elle a perdu confiance en elle. Elle se dévalorise et se sent coupable. La mémoire traumatique est souvent responsable non seulement de sentiments de terreur, de détresse, de mort imminente, de douleurs, de sensations inexplicables, mais également de sentiments de honte, de culpabilité et d'estime de soi catastrophique, qui sont alimentés par la mémoire traumatique des paroles et de la mise en scène de l'agresseur.²⁹⁸

Le sentiment de culpabilité conduit à la formulation d'auto-reproches qui vont altérer l'estime de soi et entraîner la conviction inébranlable d'être responsable de ce qui s'est produit. Tiba a le sentiment d'un avenir limité. La violence psychologique peut miner l'estime de soi chez elle.

²⁹⁷ SALOME, J. *À propos de l'estime de soi*.

²⁹⁸ SALMONA, M. *La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité : ou comment devient-on étranger à soi-même*. Paris : Dunod, 2013.

-4-Analyse et Discussion du Cas Tiba

Le syndrome de la névrose :

Tiba et sa famille ont été exposés à un événement de guerre « potentiellement psycho-traumatisant », événement exceptionnel violent et menaçant pour la vie : agression, ses deux fils enlevés devant ses yeux et menaces de mort. Elle l'a vécu sur le mode du trauma dans l'effroi, l'horreur, le sentiment d'impuissance et l'impression d'absence de secours, E. Simmel (1919) proposait la notion de dissociation du psychisme provoqué par la terreur et la peur de la mort.²⁹⁹

Ce qui fait trauma, c'est l'effraction des défenses psychiques dynamiques, et aussi l'effraction du système de défense qui consiste à attribuer du sens à l'insensé de l'événement (L. Crocq, 2012). Lorsque le traumatisme conduit à un trouble de stress post-traumatique, les dommages peuvent impliquer des changements chimiques cérébraux, changeant la réponse de l'individu à un futur stress.³⁰⁰ S. Freud (1915) dit que « *l'homme sait qu'il va mourir mais qu'il n'y croit pas, il se pense immortel* ». Ce qu'apporte le trauma est nouveau : le néant, la mort sont portés par l'image traumatique, qui porte cet anéantissement qui est à l'origine des symptômes de la série anxieuse.³⁰¹

Impact émotionnel du traumatisme

Les traumatismes ont un impact sur l'humeur et les sentiments. De fait, l'anxiété et les troubles dépressifs sont courants chez les victimes de traumatismes. Parmi les sentiments couramment associés aux traumatismes, on trouve chez Tiba : peur, anxiété, tristesse, deuil, sentiment de perte, culpabilité, blâme.

Au-delà de l'impact individuel direct que peut avoir la situation traumatique, c'est toute la famille de Tiba, dans son organisation, son fonctionnement et sa dynamique qui se trouve affectée. La peur était la peau qui réunissait les membres de la famille jusqu'à en faire un groupe homogène.

²⁹⁹ PIRET, B. *Approche psychanalytique du traumatisme ; de l'irruption du Réel à l'errance psychique*, 2007.

³⁰⁰ VILAIN, S. *Hypnothérapeute : travail sur les violences et les séquelles de traumatismes*.

³⁰¹ FREUD, S. *Notre Rapport à la mort*, 1915.

Les nuits de Tiba sont envahies par des cauchemars terrifiants. D'une manière générale, toutes les répétitions traumatiques dont celle des cauchemars traduiraient un effort de Tiba pour assurer sa représentation imaginaire et la maîtrise qui n'a pu être assurée à l'instant de la survenue de l'événement comme l'a indiqué « L. Crocq ». O. Fenichel (1945) y voit une tentative de fonctionnement et d'atténuation du trauma ainsi que l'opportunité d'y interposer une anxiété anticipatrice qui a fait défaut lorsque l'événement est survenu par surprise.³⁰²

TIBA a développé un sentiment de **culpabilité** qui lui colle à la peau et imprègne son sentiment de vivre. Tout processus de remémoration ravive chez elle ses blessures et la submerge de culpabilité, un sentiment de culpabilité souvent irrationnel qui complique son état psychique.

*« La culpabilité est l'expression de la tristesse ressentie du fait d'avoir survécu à un événement qui a coûté la vie à d'autres ou d'avoir une vie meilleure que celles d'être chers. La culpabilité peut aussi provenir du fait que l'on se sent en partie ou entièrement responsable de la situation ».*³⁰³

Être coupables, c'est se percevoir comme responsables, voire comme complices de la mort de Saddam Hussein, complices de la perte de son pays l'Irak.

Quelle figure symbolique représente Saddam Hussein ?

A la question 6 (I) : « Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de voir les autres ? » Silence « *je vois quoi ? Saddam est mort, à quoi ça sert de le blâmer ? Saddam est mort...* ».

Les modes de pensée et de jugement de Tiba sont eux aussi fortement déterminés par le sentiment de culpabilité. Ce n'est pas une culpabilité absurde, la mort de l'ex-président, chef d'État tué par l'ennemi. Les Américains ont attaqué le symbole de Saddam Hussein et ont transformé la réalité, symbole de l'unité et permanence de l'État. Le symbole est tombé, et le pays est perdu. En effet, la croyance en un chef garantissant la sécurité de tous, la représentation de soi dans un groupe d'appartenance inscrit dans une filiation les rituels, rappelle l'histoire du groupe, participe à l'identité collective et, en cas de malheur, organise

³⁰² CROCQ, L. *16 Leçons du trauma*. Paris : Odile Jacob, 2012, p. 173.

³⁰³ BUJUPI, S. *Syndrome de la guerre : lorsque le psychisme ne cesse de rappeler*, chapitre V : « Répercussion sur le sujet », 2005.

un soutien affectif et social. Croire, comme le souligne B. Cyrulnik, « *ce n'est pas rien : c'est le liant du groupe qui nous sécurise et nous identifie* ». ³⁰⁴

Un groupe réunit un ensemble d'individus (enveloppe groupale) : penser l'impensable en groupe, le groupe offre de nombreux étayages psychiques mais aussi sociaux, politiques, culturels et une force défensive (cf. la mentalité de groupe de W.-R. Bion) qui, bien utilisés, permettent d'aborder et d'élaborer des matériaux très archaïques. Dans la situation de guerre, le pays est envahi par l'ennemi, le peuple est dispersé, la fonction d'étayage est en faillite, il faut se rappeler que l'objectif n'est pas le groupe ni son bon fonctionnement, mais le travail psychique qui peut s'y accomplir.

Saddam Hussein prend une forme symbolique qui est liée à son existence, à la figure symbolique du père (identification valorisante), symbole du pouvoir masculin. Le père a un rôle de pare-excitation, de tiers et d'interdicteur. ³⁰⁵

L'identification, sous diverses formes, sert de façon défensive à assurer la survie psychique et est guidée par différents motifs. Il s'agit, par exemple, de nier des sentiments gênants de perte ou d'abandon, mais peut aussi permettre de se détacher de l'objet ou de l'événement traumatisant. Pour finir, elle peut être utilisée pour maîtriser la peur ou se débarrasser de sentiments intolérables de culpabilité et de honte. ³⁰⁶

Les soldats américains, en cherchant Saddam Hussein, sont entrés et ont agressé violemment physiquement et psychiquement Tiba et sa famille, ils ont attaqué la part collective de l'individu, comme le décrit F. Sironi (1999) : les méthodes intentionnellement utilisées de déculturation, F. Sironi les a décrites comme telles « *...à travers une personne singulière que l'on torture, c'est en fait son groupe d'appartenance que l'on veut atteindre : appartenance professionnelle, religieuse, ethnique, politique, sexuelle, etc. On attaque la part collective de l'individu, celle qui le rattache à un groupe désigné comme cible par l'agresseur, en désintriquant l'articulation entre le singulier et le collectif. Quand le processus a atteint son objectif, l'individu que l'on a torturé devient toujours un sujet isolé, un sujet qui se met à part au sein des groupes d'appartenance. À travers les techniques de déculturation employées*

³⁰⁴ CYRULNIK, B. *Sauve-toi, la vie t'appelle*. Paris : Odile Jacob, 2012, p. 211.

³⁰⁵ RABAIN, J.-F. *Freud ou Winnicott ? La place du père et de la mère dans la construction psychique*, 2010.

³⁰⁶ NING, L. *La vie psychique et sociale des enfants dans les orphelinats chinois*. Université René Descartes, Paris V, 2012.

sur quelques personnes, qui sont ensuite intentionnellement relâchées, on fabrique des peurs collectives, ainsi que la terreur sur une population toute entière ».³⁰⁷

En exil, Tiba est vulnérable, sa vie est brisée, elle doit vivre avec l'irréparable.

Le désespoir marque la parole de Tiba : « *Je ressens aujourd'hui encore une infinie tristesse en moi, j'ai perdu le goût de vivre* ». Être dépressif n'est pas le trait d'une « personnalité dépressive », mais bien la conséquence d'une altération profonde de l'état affectif provoquée par la blessure (G.-N. Fischer, 2003).³⁰⁸

La responsable du centre nous a informée que Tiba suivait au centre des cours de couture pour sortir de la maison, pour sortir de son état et changer d'air. Le retour dans le monde social ressemble à un parcours du combattant. Refaire sa vie après un traumatisme est donc un chemin qui est lui aussi source de souffrance.

En effet, la capacité de résilience, indique M. Delage (2002), repose sur la possibilité du groupe familial à contenir les débordements émotionnels de ses membres et à pouvoir inscrire les événements traumatisants dans des scénarios et des mises en sens soutenus par l'activité de représentation et de pensée du groupe.³⁰⁹ Cela n'est possible que par la préservation des « enveloppements » s'ils sont eux-mêmes défailants, rendant nécessaires que Tiba et sa famille puisse trouver au dehors ce qui lui fait défaut au-dedans et puisse s'ouvrir sur un environnement extérieur « suffisamment aidant », comme un groupe, etc.

Le centre est un lieu où se réunissent des femmes irakiennes réfugiées. Elles suivent des cours, il y a un espace de parole où elles partagent des souffrances identiques, entretiennent des rapports qui s'inscrivent dans un climat chaleureux et empathique. Comme l'indique S. Resnik (1994), c'est un espace social permettant d'acquérir en soi un espace mental pour l'autre.³¹⁰ Les équipes qui travaillent au centre et les femmes irakiennes reconstituent une

³⁰⁷ SIRONI, F., BRANCHE, R. *La torture aux frontières de l'humain*. Revue internationale des sciences sociales, 2002/4 (N° 174), Érès, p. 591-600.

³⁰⁸ FISCHER, G.-N. *Les blessures psychiques*. Paris : Odile Jacob, 2003, p. 68.

³⁰⁹ DELAGE, M. Traumatisme psychique et Résilience familiale, In *Revue Francophone Du Stress et du trauma*, 2002 ; 2 (2) : p. 69-78.

³¹⁰ DAHOUN, Z.-K.-S. *La troisième rive*. Parole sans frontière - Psychanalyse et exil, 2010.

famille, elles forment un groupe qui aide et soutien des femmes exilées, un « espace-contenant » groupal.

Tiba a eu des expériences traumatisantes qui l'ont affectée dans sa perception du monde, Tiba se trouve plongée dans des sentiments complexes comme la tristesse, la culpabilité, la colère et l'agression. Ces sentiments provoquent une douleur intense.

-5-Conclusion concernant le cas Tiba

Parler était pour Tiba terriblement douloureux parce que cela réveillait des blessures qui n'étaient pas guéries. C'est la déshumanisation ressentie par Tiba lors de la rencontre traumatique. Au moment de l'effroi, le sujet est dépossédé du langage, ce qui de son point de vue l'exclut de la communauté des hommes. C'est un événement qui, lorsqu'il se produit, n'entre pas dans un ordre compréhensible. Il faudra ensuite tout en effort de pensée pour le réintroduire dans une réflexion et en lui donnant du sens, le rendre compréhensible.

Quel sens donne Tiba aux mots qu'elle adresse aux femmes syriennes, lorsqu'elle leur dit « *n'entrez- pas dans le même jeu, Dieu protège la Syrie, il ne reste que la Syrie* ». Ce cri contient la nécessité de sauver la Syrie. Entre les deux pays, il existe des liens historiques et culturels très forts, la Syrie est la continuité de l'Irak, la Syrie est le pays d'accueil pour Tiba et qui prend figure de pays initial.

Les survivants d'un traumatisme sont parfois préoccupés par des fantasmes de sauvetage ou sont conduits par un désir obsessionnel de sauver les autres. Bien que cette attitude fasse quelquefois appel à un désir authentique de réparation, elle représente aussi pour le survivant l'espoir de pouvoir gérer des sentiments intolérables d'impuissance, de culpabilité et d'humiliation, en projetant ces sentiments par identification projective à l'intérieur d'autrui.

De plus, l'analyse clinique du traumaq montre qu'elle présente un syndrome de répétition du traumatisme. Hors, si la répétition est constructive, cela permet à la personne de donner du sens à l'événement (**tentative de symbolisation**). En revanche, si la répétition n'est pas constructive elle révèle que **l'enveloppe psychique est « trouée »** et se traduit par l'échec de symbolisation. On peut également noter que Tiba est dans une phase où il y a tentative de symbolisation.

On peut penser que l'individu résilient est celui chez lequel l'enveloppe psychique se maintient malgré tout ou se restaure lui permettant la mise en scène, la mise en sens de l'évènement traumatique (M. Delage, 2002).

Les résultats que nous avons obtenus à travers les moyens utilisés semblent aller dans le même sens que nos hypothèses : « *pour se construire après un traumatisme, donner du sens et symboliser l'évènement douloureux, il faut avoir une **enveloppe psychique assez forte** et avoir **une estime de soi positive*** ».

En exil. En Syrie, Tiba cherche à sortir de ses souffrances. Elle a commencé à tisser des liens à travers le centre social, des liens d'attachement rétablis avec la Syrie. La Syrie représente pour elle un deuxième pays qui remplace le pays natal perdu, le sentiment de sécurité commence à s'installer.

Ce qui indique que cet exil lui a permis de restaurer un sentiment de sécurité interne, mais malheureusement, la situation se détériore en Syrie... Tiba sent l'amertume monter en elle en répétant « *Dieu protège la Syrie, il ne reste que la Syrie...* ».

III.1.5. BAKKIA

Dans cette partie, nous présentons les résultats obtenus grâce au questionnaire d'évaluation du traumatisme, « le traumaq » ainsi que les récits de vie au travers de l'histoire de BAKKIA, dont le prénom en arabe signifie « celle qui pleure ».

BAKKIA est une femme âgée de cinquante ans, d'origine irakienne et mère de 3 enfants dont deux garçons et une fille. Nous l'avons rencontrée en Syrie, où elle est arrivée en 2004 suite à la mort de son fils dans un contexte de guerre civile.

-1- Le récit de vie

C'était une grande femme, triste. Son visage était marqué par des rides très profondes, qui reflétaient une profonde souffrance. À son arrivée, Bakkia renvoyait l'image d'une bombe prête à exploser. Son visage était coloré et une tristesse l'habitait.

Nous lui avons demandé de nous parler des circonstances qui l'ont poussée à quitter son pays et à venir à Damas. À l'évocation de son pays, ses yeux se remplirent de larmes, et elle commença son récit :

« Mon fils était un policier de 27 ans, ils ont tué mon fils en 2004, il me reste un garçon et une fille. Ma vie est un grand drame, je suis très fatiguée, les situations sont très difficiles. Ma petite-fille de 10 ans, la fille de mon fils, a été kidnappée en Irak, on a payé une grande somme d'argent pour la faire libérer, Dieu merci, Dieu a aidé ma petite-fille, elle fut libérée. Mon mari est mort dans une explosion de voiture. Mon neveu, le fils de mon frère, était lieutenant à l'armée, il a été tué, il avait quatre enfants, dont le dernier a un an. Ma sœur est morte dans une explosion de voiture. Durant une année, quatre martyres de ma famille. Que de drames ! Que de souffrances ! Du sang partout... ».

Cette violence produit des blessures psychiques par le choc émotionnel immédiat et la perturbation psychique durable que l'événement a déterminée au sein de son psychisme.

Après que son fils a été tué, ils ont reçu des menaces. Bakkia et son fils ont fui en Égypte, mais la situation fut très difficile sur le plan administratif. Ils ne purent obtenir de visas et ont donc décidé de se rendre en Syrie. Sa fille, elle, est restée en Égypte.

« Nous avons loué chez des gens très sympathiques, je remercie les Syriens, ce sont des gens au grand cœur ».

Violence, menaces, angoisse de perdre des membres de sa famille s'ajoutent encore à la migration.

Lorsque le Moi se sent menacé, il organise des défenses sous la forme de symptôme.

« Mon corps souffre beaucoup, j'ai plein de maladies, j'ai un problème au cœur, je suis très fatiguée. Mon fils était à mes côtés, il m'aimait beaucoup, il me disait maman je t'aime, je serai toujours à tes côtés, quelqu'un a frappé à la porte, il est allé voir et a demandé : c'est qui ? Il est sorti, même pas quelques mètres, moi j'étais derrière la porte, j'avais un pressentiment très fort. Des hommes bandés, de loin, j'ai vu mon fils tomber par terre, mais je n'ai pas entendu de feu, il était à côté de la maison, j'ai couru vers lui, il était plein de sang, il est mort. Ils lui ont mis une balle dans la tête avec un revolver silencieux ».

La découverte du corps mort de son fils, un corps suffisamment horrible pour provoquer une effraction traumatique, sa mort a duré un instant mais son impact illimité :

« Je crie chaque matin, c'était une seconde sa mort ».

Bakkia est comme débranchée de la réalité ordinaire qui continue de se dérouler. C'est là un point crucial dont tout l'avenir peut dépendre, car de passager, cet état risque de devenir chronique si personne n'y prend garde.

Bakkia, prisonnière dans sa vie n'arrive pas à faire le deuil, un blocage de l'ensemble des capacités psychiques, une sidération de la pensée. À ce blocage de la pensée s'associe la perception d'un temps qui se déroule au ralenti, comme infiniment suspendu.

« Je fais quoi, je ne peux pas oublier, je dis « alhamdoulillah » (merci Dieu). Aujourd'hui, ça fait 7 ans, je ne sais pas encore qui a tué mon fils ni pour quelle raison ».

La rapidité, la violence, l'absence de préparation ou même de représentation de la mort de son fils rendent l'absence insupportable dans un premier temps. La privation occasionnée par la mort est aussi celle d'un « objet central » de notre existence, un pôle. Ceci entraîne une rupture de l'équilibre par manque des appuis et des points de repère habituels

Bakkia dit de sa vie qu'elle est un drame enchaîné :

« Le fils de mon frère est un lieutenant de police, il a 4 enfants, son dernier enfant a un an, il a été tué. Durant une année, j'ai perdu ma mère, qui est morte de tristesse et de peur, ma sœur, mon fils, mon mari et le fils de mon frère, quatre martyrs. Ma nièce, la fille de ma sœur, a été kidnappée depuis un an, on a aucune nouvelle d'elle, elle a quatre enfants ».

Tout est devenu triste pour Bakkia, la source de la joie est tarie. Elle essuie ses larmes et reprend la narration de son vécu à Damas. Son fils est gravement malade, il a un problème cardiaque. Bakkia évite de pleurer devant lui et évite d'aller chez lui, il a des petits enfants, elle ne supporte pas le bruit de ses enfants. L'état de santé de Bakkia s'est tellement dégradé depuis la mort de son fils :

« Je prends chaque jour quinze comprimés, pour le traitement du cœur, de l'estomac, c'est ce que je peux faire, il faut que je sois forte, mais je n'y arrive pas ».

La symptomatologie est un composé très variable de symptômes de deuil et de névrose traumatique. Le traitement sera toujours très difficile, toute évocation du deuil renvoyant le sujet à son traumatisme, et réciproquement.

Le deuil peut se définir comme un processus psychique qui s'inscrit dans le temps par des réaménagements. M. Vitry (2007) cite les quatre phases du deuil selon J.-Y. Gautier qui s'est appuyé sur les études de J. Bowlby (1984) :

1ère phase : Phase initiale d'ébranlement émotionnel, ou phase d'engourdissement : elle se caractérise par le saisissement de la réalité. Le choc est variable selon les liens entre le défunt et l'endeuillé. Un obscurcissement de la conscience avec un vécu d'incrédibilité, d'irréalité menant parfois à des réactions de déni peut survenir. Cette phase se caractérise par l'épreuve

de réalité qui est dépassée par le sujet endeuillé lorsque les émotions de détresse apparaissent.³¹¹

2ème phase : période d'intériorisation du défunt ou phase de languissement, qui permet l'entrée dans l'élaboration du deuil. Elle se caractérise par la remémoration de l'histoire partagée avec le défunt. Cette phase laisse place à des sentiments de tristesse, de ressentiment et de culpabilité, suivis de l'évocation de souvenirs plus paisibles. L'impossibilité de retrouver l'objet dans le réel entraîne un surinvestissement des représentations et des figurations de celui-ci. Le sujet éprouve le besoin d'en parler et cherche des preuves de la disparition du sujet. La perte se travaille dans cette étape dans l'intériorité psychique. J. Bowlby la caractérise comme une phase de conscience intermittente de la réalité de la perte avec ses accès de nostalgie et de colère.

3ème phase : Phase de désorganisation et de désespoir. Période de deuil à proprement parler, c'est une phase faite de souffrance, avec des sentiments de peine, de réminiscences douloureuses, sous formes de rêves faisant apparaître le défunt. Le travail psychique se fait par un détachement progressif dans un état de dépression, elle peut provoquer chez le sujet endeuillé une inhibition psychique, un renfermement sur soi, une perte d'appétit, une perte du désir. Cette phase aboutit à la séparation avec le défunt, permettant au sujet endeuillé de réinvestir de nouveaux projets et d'autres investissements psychiques.

4ème phase : Phase de réparation ou de récupération, dite phase de réorganisation par J. Bowlby. Elle se caractérise par une réflexion vers l'avenir, vers de nouveaux objets et de nouveaux désirs. La conscience du sujet se libère du deuil et permet un redémarrage de nouveaux projets qui tiennent compte de la perte du défunt.

Il se peut que certaines personnes endeuillées puissent souffrir de troubles graves, d'ordre physique et/ou psychique, pouvant conduire à la mort, car ces personnes résistent difficilement aux agressions d'origine multiples avec une forte récurrence de maladies anciennes compensées jusque-là. Ces personnes se laissent aussi parfois mourir : elle « **meurt de chagrin** », en renonçant à la vie.

« Je ne peux pas retourner en Irak, je ne peux plus rentrer dans ma maison, je ne peux pas voir où mon fils aimait s'asseoir (un moment de silence)... des larmes, la vie est très dure, c'est très difficile d'exprimer, vous ne comprenez pas ce que je ressens, merci Dieu, j'ai une

³¹¹ VITRY, M. Les deuils post-traumatiques. In *Traumatisme psychiques, Prise en charge psychologique des victimes*. Elsevier-Masson, 2007, p. 73.

forte croyance, j'ai une forte volonté, j'ai loué un petit appartement chez des gens très sympathiques ».

En exil, malgré un climat de sécurité en Syrie, Bakkia a très peur et ce sentiment l'accompagne partout. Elle n'aurait jamais pensé que la situation en Irak deviendrait si catastrophique :

« Qu'est-ce qu'ils ont fait en Irak, Dieu venge toi de tous ceux qui participent à cette guerre, Dieu venge toi de ceux qui ont détruit l'Irak, pour chaque chose, il y a des solutions, sauf la mort, rien ne reste dans son état, depuis des années, des guerres, des cadavres, du sang, des bombardements, des attentats, on a peur, c'est des cauchemars quotidiens ». Bakkia fond en sanglots.

Le deuil lié à une mort par homicide est particulièrement douloureux et s'accompagne de peurs diffuses, de colère et de recherches fantasmatiques de vengeance :

« Chaque matin, je crie, je pleure en regardant la photo de mon fils, sa mort a duré un instant. Il avait 27ans, un bel âge. Il est entre les mains de Dieu, quand j'ai perdu mon mari, je me suis dit que les enfants remplissaient le vide, j'ai aussi perdu mon fils. C'est le Ramadan, je ne mange pas, le soir au moment de rompre le jeûne (Aliftar), je n'ai pas du tout d'appétit, je ne mange pas, je bois un peu d'eau, j'ai les mains qui tremblent, et mon colon gonfle ».

Bakkia n'est qu'une plainte de fatigue. Sa tête, trop pleine ou trop vide, marque seule son activité, alors que le reste du corps, réduit à une chaire déstructurée, se traîne littéralement. Seule la douleur permet à sa conscience de percevoir sa chaire en souffrance. La douleur est telle qu'elle annule le corpus des pulsions, le « ça » freudien. La victime n'a plus d'envie. Elle n'a plus faim. Elle ne peut pas dormir car, pour ce faire, elle devrait se confier aux pulsions de mort qui, en l'état antérieur, lui permettaient d'abandonner ses contrôles sur elle-même et de se confier au symbolique du rêve.

« Je souhaite maintenant la mort, la délivrance de cette douleur, c'est très difficile, la plus difficile dans la vie c'est de perdre son propre fils, le mois dernier, je suis retournée en Irak, j'ai pleuré sur la tombe de mon fils, j'ai pleuré, je voulais crier, j'ai creusé à côté de sa tombe, je voulais être enterrée à côté de lui, je veux rejoindre mon fils, mon frère m'a retirée par la force, je suis retournée ici en Syrie ».

L'idée qu'elle ne reverra jamais plus son fils, et qu'ils ne feront jamais plus rien ensemble, est une pensée insupportable, angoissante, qui peut inciter la personne endeuillée à un geste fatal afin de ne pas survivre et de rejoindre son défunt, d'où l'importance du soutien.

« Qu'est-ce que je peux faire ? Est-ce que le fait de pleurer me fait du bien ? Me soulage ? Je viens ici au centre, j'étais contente quand j'ai su qu'il y avait un centre pour les réfugiés irakiens, je me suis dit que le fait de rencontrer des irakiennes m'aiderait à oublier. Je vais à la mosquée, je rencontre mes amies, mais rien n'a changé, j'aime bien retourner à la maison regarder la photo de mon fils et pleurer. Si mon fils était mort petit enfant, cela serait plus facile à supporter, pas dans la force de l'âge, Dieu prend son dépôt, j'aurais préféré mourir à sa place ».

La personnalité de l'endeuillé est inhibée, parfois régressive, un ralentissement du fonctionnement cognitif, une suspension de tout projet et un repli sur soi dans la dépression et l'amertume : c'est le tableau clinique du deuil interminable dans la mélancolie de celui qui refuse la séparation avec le défunt.

« Mon neveu est mort il y a un mois, il est martyr, mon frère est dans un état très triste, chaque jour qui passe, il y a en Irak des morts, je souhaite la mort, alhamdoulillah (merci Dieu), ce que je fais, je pleure, pleure... ».

Bakkia est dans un état de dépression très fort. Depuis 7 ans, elle pleure son fils :

« Depuis 7 ans je pleure, comment puis-je dépasser cet état : tristesse, problèmes de santé. Je me souviens chaque jour de mon fils, c'est le plus dur, oublier son propre fils ». Le deuil n'a pas de durée, ni d'espace défini ; il peut assombrir le reste de l'existence. On peut s'appliquer à se détacher de ses défunts et redevenir libre, néanmoins, il paraît impossible qu'un certain attachement passif ne demeure, bien naturel, et ne se rappelle à la mémoire ici ou là, de façon importune parfois :

« Je vis chaque jour le feuilleton du passé, comme un cercle infernal, je n'arrive pas à m'en sortir, tout se passe devant mes yeux, comme si c'était un film, je n'arrive pas à oublier, c'est gravé dans mon cerveau, j'ai essayé avec tous les moyens, c'est que des mensonges, je ne peux pas oublier... oublier, mon mari est mort, mais ce n'est pas comme la mort de mon fils, je sens l'injustice ».

Bakkia a des hallucinations de type réminiscence centrées autour du lien avec le défunt, son fils, qui survient dans des deuils compliqués marqués par des réactions de tristesse profondes

et douloureuses. La phase du chagrin aigu est composée en majeure partie par cette douleur de la séparation, séparation privative et définitive avec un être aimé, un être dont la présence constituait une part importante de l'existence vécue ensemble et de la propre personnalité de ceux qui restent. Sa disparition engendre un sentiment de frustration, c'est-à-dire le sentiment d'avoir été volée, spoliée, laissée désolée après pillage. La mort, voleuse de l'amour. L'on est frustré en premier lieu de l'affection, de l'amour réciproque.

La désorganisation peut apparaître précocement, dès la première phase, selon la place que le défunt occupait dans la vie des survivants, elle peut modifier divers éléments de l'existence et de l'être, l'univers mental est perturbé, des états s'écroulent, des certitudes sont mises en question.

Bakkia parle de sa nostalgie : *« tous les Irakiens souhaitent retourner en Irak, mais il n'y a ni électricité, ni eau, il n'y a plus d'État pour nous encourager à retourner en Irak, il n'y a plus de forces de sécurité pour nous protéger, il n'y a plus de sécurité. Je n'ai plus de frère, père, fils. Ma seule arme, c'est de pleurer, quand je me rappelle comment était mon fils, si grand, si beau. Elle me montre une photo de lui. Maintenant, je suis seule, comme ma vie était riche, une grande maison, une voiture, tout s'est envolé ».*

Durant cette séance, les souvenirs sont provoqués. Elle a évoqué des sentiments intenses, ressent un manque et une solitude très intenses. Son monde est vide, elle cherche à retrouver des moments privilégiés au travers de ses souvenirs. La personne endeuillée fait l'expérience de « l'absence/présence » de son défunt. Absence réelle, pas niée, mais accompagnée ou compensée par une présence d'un autre ordre, invisible, imperceptible aux sens, mais reconnue par le cœur et l'esprit, peut-être attisée par des habitudes remontant loin avant le décès et qui continuent à jouer sur les capacités. Le traumatisme appelle chez le sujet le néant, tandis que le deuil appelle le vide.

Bakkia a l'impression que son univers s'est effondré et cela inclut son monde psychique. Elle a sombré dans une profonde dépression avec des symptômes spécifiques d'un choc traumatique dont elle souffre encore 7 ans plus tard. La douleur enferme Bakkia dans un monde intérieur dans lequel elle n'a plus accès aux autres et où les autres ne peuvent plus l'atteindre. Les énergies vitales sont polarisées sur l'événement funeste et ses circonstances

sur la douleur et le désarroi qu'ils provoquent, sur ce qui est à la fois l'absence et la présence de la personne disparue, et sur les souvenirs immédiats.

L'endeuillé pourra opter pour la vie ou s'en détourner car il semblerait, selon S. Freud (1995), que le sujet affecté par la disparition d'un proche soit bloqué dans un dilemme : ou se détacher de l'objet perdu et réintégrer le monde des vivants pour s'attacher à nouveau, et de manière stable, à d'autres objets, ou bien s'installer dans un monde imaginaire et fantasmatique où le disparu subsistera : « *la réalité prononce son verdict : l'objet n'existe plus : et le Moi, quasiment placé devant la question s'il veut partager ce destin, se laisse décider par la somme de satisfactions narcissiques à rester en vie et à rompre sa liaison avec l'objet anéanti* ». La capacité de plaisir et de satisfaction réduite (pour S. Freud) en seule libido doit se détacher des souvenirs et des espoirs qui la reliait à l'objet disparu, après quoi « le Moi redevient libre et sans inhibition ».³¹²

-2-Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Le questionnaire se décline sous la forme d'une échelle composé d'items :

L'échelle A, composée de 8 items, concerne le ressenti pendant le déroulement de l'événement. L'analyse des résultats obtenus révèle un état traumatique élevé. Bakkia à cet item obtient un score de 20 (max = 24). Les réponses montrent que Bakkia a assisté à un spectacle insoutenable dont les réactions immédiates se manifestent en une impression de déréalisation.

Les échelles (B, C, D, E, F, G, H, I, J), abordent le ressenti actuel, c'est-à-dire depuis l'événement.

L'échelle B, vérifie l'omniprésence de l'événement. La note brute obtenue à ce test est de 8 (max = 10 et plus). Bakkia reproduit la passé comme un film présent.

L'échelle C, vérifie le trouble du sommeil. La note obtenue à ce test est de 13 pour un maximum de 14 et plus. Cet état est confirmé par les dires de Bakkia qui a l'impression qu'elle ne dort pas et que ses nuits sont chargées d'angoisse et d'une fatigue au réveil.

³¹² FREUD, S. *Deuil et Mélancolie*, publié dans Sociétés 2004/4 (N° 86). Bruxelles : De Boeck, p. 7-19.

L'échelle D, vérifie l'état d'angoisse. La note obtenue à ce test est de 15 (max = 14 et plus). Cela confirme l'état d'anxiété depuis l'événement, Bakkia ne peut pas retourner dans les lieux en rapport avec l'événement, la nuit elle pleure en criant.

L'échelle E, vérifie les changements survenus sur le plan de la sensibilité perceptive (bruit, méfiance, irritabilité, colère, agressivité). La note obtenue est de 11 (max = 15 et plus), elle révèle que Bakkia s'isole et ne supporte plus le moindre bruit.

L'échelle F, vérifie les changements et les réactions survenus sur le plan psychosomatique. La note brute obtenue est de 10 (max = 10 et plus). Bakkia souffre d'une infection au colon et d'un problème cardiaque suite à l'événement.

L'échelle G, vérifie les troubles de mémoire et de concentration. À cette échelle, Bakkia obtient un score de 5 (max = 8). Bakkia rencontre des difficultés de concentration et manifeste un manque d'attention pour les tâches quotidiennes.

L'échelle H, vérifie l'état de dépression. La note obtenue à ce test est de 20 (max = 18 et plus). Bakkia est dans un état de dépression, elle rentre dans l'isolement et pleure tous le temps, elle est dans un état de tristesse, et elle souhaite la mort.

L'échelle I, vérifie la culpabilité, la honte, le changement dans sa façon de voir la vie. Bakkia obtient à ce test la note de 12 (max = 17 et plus). Bakkia n'a aucun sentiment de culpabilité ou de honte, mais au fond d'elle sévit une colère violente et une haine, un très fort sentiment d'injustice, elle se sent dévalorisée, vulnérable, et n'est plus comme avant.

L'échelle J, vérifie les répercussions sur la qualité de vie. La note brute obtenue est de 7 (max = 8 et plus), Bakkia a l'impression que sa vie est complètement bouleversée, elle ressent un sentiment de finitude et n'a plus espoir en l'avenir.

En conclusion, le traumaq met en évidence l'existence d'un syndrome post-traumatique intense, corroboré par l'ensemble des notes obtenues au questionnaire.

-3- Echelle d'estime de soi de Rosenberg

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord			
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>			
			1	2	3	4
1	-Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.				<input checked="" type="checkbox"/>	
2	-Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.				<input checked="" type="checkbox"/>	
3	-Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.					<input checked="" type="checkbox"/>
4	-Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.			<input checked="" type="checkbox"/>		
5	-Je sens peu de raison d'être fier de moi.				<input checked="" type="checkbox"/>	
6	-J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.			<input checked="" type="checkbox"/>		
7	-Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			<input checked="" type="checkbox"/>		
8	-J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.			<input checked="" type="checkbox"/>		
9	-Parfois, je me sens vraiment inutile.				<input checked="" type="checkbox"/>	
10	-Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.				<input checked="" type="checkbox"/>	

L'échelle de soi de Rosenberg nous révèle chez BAKKIA : une estime de soi **très faible**.

En plus à la question (I : 4) : « depuis l'événement, vous sentez-vous dévalorisée ? » Bakkia a répondu oui par le numéro 3 (très fort).

Une faible estime de soi se caractérise en partie par une moindre assurance vis-à-vis de soi.

L'estime de soi n'est pas constante et change selon les moments, elle peut diminuer si une personne fait face à des épreuves difficiles.

Bakkia est blessée, sa vie est cassée de l'intérieur. Le sentiment de fragilité personnelle peut conduire à des erreurs : dans la tentation de défendre coûte que coûte son estime de soi, on peut avoir recours de manière systématique, et donc peu adaptée, à une attitude défensive (pour la protéger) cette stratégie repose en réalité sur les mêmes bases : un sentiment de vulnérabilité. Ces stratégies inadaptées bloquent les évolutions, les constructions de soi. Tous les efforts sont consacrés à l'autodéfense à sa sécurité. Et l'on se retrouve ainsi coincé dans un moi-prison, où l'on s'étouffe et s'inquiète.³¹³

-4-Analyse et Discussion du cas Bakkia

Dans la situation de Bakkia et au travers de la grille d'évaluation du traumatisme ainsi que du récit de vit, l'hypothèse **d'un deuil post-traumatique** se pose à nous.

Le deuil d'un être cher dans des circonstances traumatiques engendre parfois un deuil pathologique, dont la spécificité est de présenter en superposition à la souffrance du deuil un tableau clinique de symptômes péri-traumatiques. On retrouve alors un tableau clinique, comme le précise M.-L. Bourgeois (2004), où se superposent la détresse de la séparation, les préoccupations nostalgiques concernant le défunt et la détresse traumatique, caractérisée par un état de choc, de stupéfaction et un sentiment de vide (cité par M. Vitry, 2007). Par exemple, lorsque l'annonce du décès est subite et inattendue, dans un contexte de souffrance et de déshumanisation, cette forme de deuil se caractérise par un impact émotionnel initial qui engendre une intensité et une pénibilité des symptômes ressentis. À la perte vient se mêler l'effroi de ce qui a fait effraction principalement au moment de l'annonce du décès, avec l'effet de confrontation brutale au réel de la mort.

L'idée principale du deuil traumatique est donc que la souffrance dans laquelle la perte plonge le sujet est vécue comme un traumatisme.

Le deuil traumatogène se rapproche du syndrome psycho-traumatique en ceci que la personne conserve des pensées intrusives au sujet du défunt (penser à ce qu'il fait, être obsédée par ce qu'il vit, mais qui ne sont pas des répétitions traumatiques, il n'y a pas d'effraction, ressent un manque et une solitude très intense, cherche à retrouver des moments privilégiés au travers de souvenirs, mais aussi d'objets, de lieux qu'aimait fréquenter le défunt).

³¹³ ANDRÉ, C. *Imparfaits, libres et heureux : Pratiques de l'estime de soi*. Odile Jacob, 2006, p. 66.

Alors, dans le deuil traumatique, indique M. Vitry (2007, p. 77), les phases du deuil vont prendre une connotation caractéristique :

- 1- La réaction immédiate traumatique s'accompagne d'états de déréalisation avec une attitude psychique du déni de la réalité. Cet état retentit sur trois registres : l'affect, avec une sensibilité anesthésiée ; l'intellect est paralysé, inhibé, et le physiologique, les sens sont émoussés.
- 2- La période d'intériorisation serait dominée par une « fixation à l'objet perdu » se soldant par la suspension du deuil. Pour V.-D. Volkan (1918) l'attachement du vivant au défunt se fait par le biais d'un « objet de liaison » porteur d'une charge émotionnelle forte du défunt et de l'endeuillé. En maintenant cette liaison, l'endeuillé éviterait de se confronter à la réalité de la perte.
- 3- La période de séparation caractérisée par « une sensation confuse d'être psychologiquement inanimé » et « le surgissement fréquent d'images ou de scènes concernant le défunt, dont la présence reste invisible ». Cet état s'accompagne d'angoisse et se manifeste par des perturbations du sommeil et de sentiment de danger imminent.³¹⁴

Sentiment religieux (la Foi) et fonctionnement psychique

Les références à la religion sont fréquentes dans le discours de Bakkia. C'est cet attachement qui lui permet de ne pas passer à l'acte pour en finir avec la souffrance. En tant que forme de croyance, la foi relève d'un mécanisme mental, impliquant alors chez le sujet tout un travail psychique. Bakkia ne peut supporter d'avoir perdu le contact avec son fils tandis que « le croyant en un Dieu créateur et sauveur » se fonde sur l'espérance des retrouvailles.

Discussion

Comment la douleur a changé la vie de Bakkia et comment a-t-elle pu impacter sa perception d'elle-même, altérant profondément son rapport au monde.

Bakkia a été exposée à plusieurs traumatismes durant les guerres en Irak et la guerre civile. Elle a perdu son neveu, son mari, sa sœur, sa mère, et son fils, dont le deuil semble impossible. Elle a perdu les piliers sur lesquels elle avait bâti sa vie. La rupture brutale du lien est venue rendre le processus de deuil très difficile par la présence de symptômes psycho-

³¹⁴ VITRY, M. Les deuils post-traumatiques. In *Traumatisme psychique, prise en charge psychologique des victimes*. Masson, 2007

traumatiques. Toute existence humaine pivote autour d'un pôle que J. Bowlby (1969) dénomme « une figure d'attache ». Lorsque ce pôle est ôté et à plus forte raison arraché brutalement, s'il n'est pas remplacé ou remplacé exactement, cela entraîne une « rupture » majeure dans cette existence. Plus rien ne sera jamais comme avant, les points de repère et d'appuis habituels ont été déplacés ou ont disparu. La personne endeuillée n'a pas une vision claire de la situation, donc elle ne peut la contrôler.

Bakkia vit seule en Syrie, son deuxième fils est malade. Elle évite de parler ou de pleurer, de verbaliser sa douleur. Les échanges affectifs sont pauvres. Dans les situations familiales de deuil traumatique, l'entourage a un rôle important pour soutenir collectivement la famille choquée et endeuillée. Dans la situation de Bakkia, son pays est en guerre. C'est un traumatisme collectif et toute sa famille vit un deuil, victimes collatérales des guerres. Plusieurs membres de la famille sont morts, kidnappés ou ont été torturés. La famille est une victime indirecte par les liens qui l'attachent à ceux de ses membres qui sont en souffrance. Ainsi, ce n'est plus une famille avec des victimes, c'est une « famille victime », tout entière, confrontée à un deuil traumatique, c'est-à-dire susceptible de connaître, en tant que système organisé, un véritable effondrement, une dédifférenciation dans une perte du sentiment d'identité et d'appartenance. Il nous faut comprendre le groupe familial comme un ensemble possédant une « identité » qui lui est propre et constamment soutenue et alimentée par le sentiment d'appartenance des membres qui le composent. Cette idée repose en partie sur une « zone commune à tous les membres de la famille, sorte de moi groupal indifférencié ».³¹⁵

Selon M. Delage (2002), la sujet victime d'une effraction psychique a besoin de trouver dans son entourage de la soutenance pour lui permettre de se sentir en sécurité, autrement dit, restaurer son enveloppe psychique conçue comme une interface née des interactions avec un environnement « suffisamment bon ». La résilience suppose la capacité pour le sujet de se reposer sur la possibilité d'un groupe familial à contenir ses débordements émotionnels et à pouvoir inscrire les évènements traumatisants dans des scénarios et des mises en sens soutenus par l'activité de représentation et de pensée du groupe. Cela n'est possible que par la préservation des « enveloppements » s'ils sont eux-mêmes défailants.

³¹⁵ BERGER, M. *Entretiens familiaux et champ transitionnel*. Paris : PUF, 1986.

On peut dire que le langage vise à communiquer du sens, et vise aussi à produire un effet. Bakkia dit de sa vie qu'elle a perdu toute signification et qu'elle est incapable de penser à l'avenir avec optimisme. La phase de réparation ou de récupération décrite par J. Bowlby se caractérise par une réflexion vers l'avenir, l'intérêt vers de nouveaux objets et de nouveaux désirs, la conscience du sujet se libère du deuil et permet un redémarrage des projets de vie tenant compte de la perte et de l'absence.

Le temps ne change rien aux « dégâts » de la mort. Le temps en soi n'a aucun pouvoir, il reste vide s'il n'est abreuvé et nourri. Sept ans sont passés et Bakkia n'arrive toujours pas à faire le deuil. Certes, il faut du temps pour ces multiples opérations mais ce n'est pas le temps qui les suscitent ni les soutient ; si l'on ne met rien dans le temps, il reste stérile, rien n'advient.

La transformation du rapport au passé sur lequel débouche un tel travail constitue une sorte de vérification tangible, du fait que le deuil a été fait et que cette vie perdue reste encore une vie. Faire le deuil, c'est apprendre à vivre malgré la perte.

La mémoire traumatisée est une mémoire verrouillée, qui ne lâche pas facilement le passé pour en faire un souvenir. L'enjeu du travail de mémoire apparaît alors de façon plus claire ; il s'agit de mettre un terme au cycle infernal de l'inoubliable, de sortir du ressentiment et de la répétition douloureuse du passé.³¹⁶

-5-Conclusion concernant le cas Bakkia

Si, d'un côté, on met l'accent sur des caractéristiques individuelles et des facteurs de personnalité, d'un autre côté, on ne peut pas parler de résilience sans l'existence de relations soutenant d'un environnement ressource (M. Delage, 2002).³¹⁷

Bakkia montre une incapacité à mettre en représentation, à construire un imaginaire capable de gérer les sensations, les émotions, les états du corps suscités par le traumatisme, et incapable de planifier et fixer des objectifs. La fonction de l'enveloppe psychique réside principalement dans la réduction de l'anxiété et le soutien de l'action de pensée au sein du groupe familial (M. Delage, 2002). Cette fonction est en faillite dans le cas de Bakkia.

Bakkia ne peut pas se résigner à accepter la mort de son fils. Ce qui frappe, ce sont les sentiments de perte d'une partie de soi et du monde. Le sens de la sécurité interne et de la

³¹⁶FISCHER, G.-N. *Les blessures psychiques*. Paris : Odile Jacob, 2003, p. 165.

³¹⁷DELAGE, M. Traumatisme psychique et Résilience familiale in *Revue Francophone du stress et du trauma*, Mai 2002, N°2, p. 69-78.

confiance dans la vie ont disparu, elle plonge dans la souffrance « *qu'est-ce que je fais ? Je ne fais que de pleurer* », « *Je n'ai plus de frère, ni de père, ni de fils. Ma seule arme, c'est de pleurer, que veut dire souffrir ?* ».

Souffrances, quel sens ?

La souffrance psychique traduirait ainsi le travail que cherche à accomplir tout sujet pour réduire l'écart qui demeure entre le non-sens de la souffrance qui fera souffrir : une souffrance dont on ne peut rien faire. À ce titre, la souffrance psychique serait ce travail d'appropriation subjective d'un événement encore inconnu du sujet.

En effet, malgré la souffrance psychique, son état de dépression et ses traumatismes, Bakkia a fait les démarches pour survivre avec ses enfants, elle est sortie de l'Irak pour aller vers l'Égypte, puis sans avoir réussi à obtenir ses papiers, elle s'est dirigée vers la Syrie, des démarches longues et difficiles qui révèlent que la vie est plus forte que la mort, un dur combat de survie. Il s'agit d'une capacité individuelle inspirée de sa foi à se redresser et à traverser l'épreuve.

En Syrie, elle cherche à établir des liens à la mosquée, au centre, tout cela représente une activité, un effort pour se dégager de l'emprise du trauma. Mais malheureusement, son vécu en Syrie est dénué de sens. Bakkia dit de sa vie qu'elle a perdu toute signification et qu'elle est incapable de penser à l'avenir avec optimisme.

En exil, bien que Bakkia essaye de sortir à la mosquée ou au centre, le vide demeure. Les photos de son fils lui rappellent cruellement le vide laissé par son absence et ravivent les blessures, dans quelle mesure l'exil a-t-il un effet positif ou négatif sur son estime de soi ?

L'analyse clinique du Traumaq montre qu'elle présente un syndrome de répétition du traumatisme. **R. Roussillon** écrit que si **la répétition** traduit l'échec de symbolisation, la contrainte de répétition pourra être signifiée comme le mouvement même de celle-ci qui pousse toujours à reprendre pour le poursuivre le travail de symbolisation et d'appropriation de la part d'inconnu qui le constitue.

Pour conclure, on peut dire que Bakkia cherche à s'approprier l'évènement traumatique (tentative de symbolisation) afin de l'intégrer dans l'histoire de sa vie.

III.1.6. KARIMA

Karima est une femme âgée de 50 ans originaire d'Irak, mariée et mère de deux enfants. Elle est arrivée en Syrie en 2006 suite aux événements qui ont eu lieu en Irak : la guerre de 2003, puis la guerre civile.

-1-Récit de vie

Karima est entrée en souriant, a sorti des bonbons de sa poche et nous en a proposé. Nous avons engagé l'entretien en lui demandant de parler de l'événement le plus douloureux de sa vie et les raisons qui l'ont poussée à venir en Syrie ?

Karima nous a regardée, a soupiré et répété plusieurs fois le mot « douloureux ». Elle est restée longuement silencieuse, comme perdue dans ses pensées tentant de reconstruire le déroulement des événements.

« On a marché sur les cadavres, gens morts pendant la guerre. La terre était couverte de sang, on a marché sur le sang. Pendant la guerre, surtout la guerre civile, les explosions, c'était terrible. Un jour que je n'oublierai jamais, on a entendu des coups de feu. Les voisins commençaient à crier. Ce jour-là, j'ai eu très peur, j'ai caché mes enfants dans les toilettes. Les Américains sont entrés chez nous de façon très violente, et ils ont fouillé de partout, ils cherchaient des soldats. Ce jour-là, mon mari était terrifié, il a eu une crise cardiaque et plus tard, il est mort, c'est un martyr ».

Au souvenir de la mort de son mari, Karima fond en larmes.

« La situation était terrifiante, il y a eu deux grandes explosions de bombe où mon mari travaillait. Ma fille a crié, elle a senti que son père allait mourir. Mon mari a reçu une balle dans la tête et il est mort, c'est un martyr. Il était très gentil et il m'aimait beaucoup. Il me traitait comme une reine. Sa mort a été un grand choc pour moi et mes enfants. Mon fils, quand il a appris la mort de son père a hurlé : non, non, mon père n'est pas mort, il est martyr. C'était l'année où ma fille passait le bac. Lorsqu'elle l'a obtenu, elle a pris son diplôme, s'est rendue sur la tombe de son père et le lui a montré en pleurant ».

« Les bombes se sont multipliées, c'était terrifiant. On a quitté l'Irak et on est venu ici à Damas ; ici les gens sont très gentils ».

À travers le récit de Karima, nous observons comment le psychisme du traumatisé est assiégé par, non seulement, le souvenir sensoriel de l'événement, mais aussi par une multitude de pensées se rapportant à ce qui a été vécu. La mort de son mari a été très violente, Karima a perdu l'homme de sa vie, la douleur de l'absence et la souffrance de la perte est dure à vivre. Elle n'était pas préparée à sa mort, ce qui rend le travail de deuil difficile : « le deuil n'efface pas le passé : il participe à la construction de son oubli ; il ne le gomme pas, mais transforme notre rapport à lui, dans la mesure où il permet de revivre avec cette part détruite de nous-mêmes » (G.-N. Fischer, 2003).³¹⁸

Karima décrit sa situation socio-économique comme aisée. Elle était riche en Irak et c'est le contraire en Syrie, à Damas, où elle habite dans un studio : *« en Irak, j'avais une grande maison, un très joli jardin, c'était luxueux, maintenant j'habite dans une cave, mais l'important c'est d'être en sécurité, ici à Damas, je me sens en sécurité, Alhamdoulillah (merci Dieu) ».* Dans le parole de l'exilé, c'est la question de la vie, de la mort, c'est la question de pouvoir continuer à exister : *« mon fils a 30 ans, il est quelqu'un de très tendre, et malgré ça, c'est très dur pour moi de lui demander de l'argent. C'est humiliant pour moi, ici en Syrie, je me sens humiliée, je n'ai plus d'argent. Auparavant, les gens étaient jaloux de ma vie. Je vivais une vie bien, ici c'est quoi ma vie. Les gens ici m'aiment beaucoup, l'argent, c'est la saleté de la vie. Fait du bien pour Dieu, le grand Dieu te récompensera, et bénira ton chemin, et cela, pour moi, ça vaut des millions ».*

Karima a hésité avant de parler de sa relation avec son fils, son regard était empreint de déception. C'est très dur de verbaliser l'attitude de son fils vis-à-vis d'elle. C'est blessant pour elle, surtout que la mère, dans la pensée orientale et religieuse a une place sacrée. C'est très dur pour Karima de vivre cette désintégration sociale : dans sa vie d'avant, elle était riche, et en position de donateur, elle a glissé vers une position de demandeuse et est devenue dépendante de son fils financièrement. Karima est vulnérable. La perte de son mari a laissé un grand vide dans sa vie et pour la famille : *« la perte de mon mari est très dure, la séparation d'avec ma patrie, de mon pays est très, très dure, je suis croyante, dès que je rentre chez moi, je fais la prière de remerciement. Finalement c'est les douces paroles qui restent. Je remercie Dieu pour tout ce qu'il m'a donné ».*

³¹⁸ FISCHER, G.-N. *Les Blessures psychiques : La force de revivre*. Odile Jacob, 2003, p. 170.

Il y eut moment un long moment de silence, Karima était perdue dans ses pensées comme si parler devenait très douloureux. Nous avons interrompu ce silence en lui demandant de parler de ce qui venait à elle, ce qui lui passait par la tête.

Karima s'est lâchée : « À chaque instant je pense à mon mari, chaque instant. Je l'aimais beaucoup, j'étais trop gâtée, maintenant ma vie est à zéro, j'ai une forte croyance en Dieu, je fais la prière ».

Le sentiment religieux dans le processus de deuil

D'un point de vue psychologique, il est difficile de définir le terme « prier ». Toutefois, ce que l'on peut dire d'une personne blessée qui pratique cet acte, c'est qu'elle est avant tout une personne qui souffre et qui prie pour moins souffrir. L'acte de prier expose celui qui le fait à exprimer quelque chose d'essentiel sur ce qu'il est dans une forme d'expression propre à la prière. Sa manière de prier s'exprime comme une force propre au psychisme humain et influe favorablement au maintien de son équilibre et au développement d'un esprit combatif, important pour se relever des dures épreuves.

Selon G.-N. Fisher (2003), la prière apparaît comme une activité psychique où se manifeste une force transcendante comme dimension essentielle de nous-mêmes ; elle porte en elle sa propre valeur thérapeutique liée à la consolation et à l'apaisement qui accompagnent son expression.

La prière donne un sens à l'existence, elle remplit ce « vide en forme de Dieu » que Dieu seul peut combler. Tel est le premier et le plus profond effet thérapeutique de la prière.³¹⁹

*« Je rêve souvent de mon mari. Hier, je l'ai vu dans sa tombe, je lui parlais, il dormait, je lui essuyait ses larmes. Toutes mes visites en Irak, c'est pour me rendre sur sa tombe ; il méritait d'être martyr. C'était quelqu'un de bien, je dis Alhamdoulillah (merci Dieu). Le plus important c'est **la satisfaction** : quand je lis le Coran, ça me fait du bien, le Coran m'apaise, je ne peux pas écouter les infos, ça me fait pleurer, je ne veux pas retourner en Irak, mais je veux être enterrée dans la même tombe où est enterré mon mari. J'ai eu mal, j'ai beaucoup souffert ».*

La réponse de Karima reflète une conviction spirituelle qui donne lieu à un engagement réel, c'est-à-dire une foi très forte, la foi contenant la patience, une notion très positive qui

³¹⁹ FISCHER, G.-N. *Les blessures psychiques*. Paris : Odile Jacob, 2003.

augure toujours quelque chose de meilleur à venir, c'est avec le temps, c'est-à-dire avec *l'endurance*, en remerciant Dieu, qu'elle va pouvoir dépasser sa souffrance et traverser l'épreuve. En effet, la religion musulmane met la patience au centre de sa pensée. Selon cette doctrine, la vie ici-bas n'est que temporaire, elle constitue un test que Dieu a mis en place pour éprouver et endurer l'être humain et lui offrir ensuite le bonheur éternel en guise de récompense.

Le croyant doit donc affronter les épreuves avec patience et endurance, sans désespérer de la clémence de Dieu et en étant convaincu qu'il y a un bien dans ce qu'il vit, même quand il ne peut pas le voir, puisque c'est un moyen de se purifier de ses fautes et d'obtenir une plus grande récompense dans l'au-delà.

La patience dans la pensée islamique porte de l'espoir. L'espoir ouvre la fenêtre du blessé ; il peut à nouveau tourner son regard vers la vie. Voilà pourquoi l'espoir fait aussi partie des remèdes spécifiquement adaptés aux blessures psychiques ; il offre « une autre voie pour sauver l'âme blessée ». Selon J. Chrysostome, sa valeur thérapeutique réside dans la capacité de « *demeurer ferme car il permet de se mettre au-dessus de tous les maux de cette vie* » (cité par G.-N. Fischer, 2003). L'espoir permet de croire encore en la vie, en dépit de ses blessures ; il les rend supportables ; en gardant l'espoir, le blessé devient comme le fer trempé au feu : il aura en lui quelque chose d'inébranlable face à l'épreuve.³²⁰

Les croyances, en tant que « systèmes » de pensées issus d'un imaginaire socioculturel, permettent de donner sens aux conduites et aux comportements.³²¹

La relation de Karima avec la religion

La spiritualité, religieuse ou laïque, est considérée comme un vecteur de santé psychique. Elle se définit par le désir, ou plutôt le besoin, de se confronter à plus grand que soi : l'absolu, le sens ou le non-sens de l'existence, de la vie et de la mort, le temps, l'éternité et la possibilité de Dieu.³²² En effet, « la foi en un être suprême qui veille sur nous et qui peut nous aider dans le besoin a pour effet de soulager l'angoisse. Croire à la vie éternelle après la mort ou croire que nous serons bien accueillis au ciel a certainement un effet bonifiant sur l'angoisse existentielle ».³²³

³²⁰ FISCHER, G.-N. *Les blessures psychiques*. Paris : Odile Jacob, 2003, p. 242.

³²¹ *Ibid.*, p. 244.

³²² ANDRÉ, C. *Imparfaits, libres et heureux : Pratiques de l'estime de soi*. Paris : Odile Jacob, 2009, p. 429.

³²³ CAMPBELL, M.-R. *La psychologie de la foi*, de Michel R. Campbell, psychologue et sexologue.

Alors on peut parler des liens entre **la foi et la sécurité interne**.

La symbolisation se traduit par le passage des représentations culturelles aux représentations psychiques. Les représentations culturelles sont utilisées, réélaborées et transformées en représentations psychiques.³²⁴ Ainsi, le sujet utilise les représentations culturelles pour symboliser ses conflits, sa souffrance qui reposerait sur des angoisses. **On peut donc considérer la spiritualité comme une pensée qui va tenter de contenir et symboliser les angoisses.**

Puis, Karima tente de reconstruire mentalement le cheminement des épisodes traumatiques dont elle a été l'objet. « *En 2003, j'étais avec mes deux amies à la mosquée. On faisait la prière, des Américains sont entrés et ont jeté une bombe qui a fait un bruit assourdissant. Ils ont arrêté des jeunes, les ont attachés et sont partis avec. J'ai demandé à mes amies de nous réfugier dans un coin où nous nous sommes mises à lire le Coran. Si nous devions mourir toutes les trois, nous nous retrouverions au paradis. Au terme de très longues minutes, nous n'entendions plus de bruit, personne. Toutes les personnes avaient disparues. Nous apercevions seulement le sniper au-dessus de notre tête. Nous sommes sorties pieds nus de la mosquée. Je fus la première à prendre mon courage à deux mains et sortir. J'entendais les bombes exploser. Je récitais les dernières prières si la mort devait m'attendre au détour* ».

Une volonté de s'en sortir se manifeste, Karima dispose d'une force psychique nouvelle qui lui permet de reprendre sa vie en main. Dans ce moment-là, Karima se trouve des ressources inattendues. Elle a su dominer sa peur et son émotion et elle a su se mobiliser pour s'en sortir et aider ses amies à fuir ce lieu mortifère.

« Le courage est le mécanisme psychologique qui prime la peur, qui procure la force. Le courage naît dans le fait de croire en soi-même et en l'existence de quelque chose de plus grand que soi »³²⁵. Cette force est inspirée de sa bonne foi qui ne craint pas la mort. La noble cause qui la pousse à sacrifier sa vie, ce sacrifice est une preuve de l'amour de Dieu afin de sauver les autres.

La mort, dans la pensée islamique, est une transition vers une autre vie. On ne peut pas échapper à la mort, dans le Coran, il est écrit : « *la mort que vous fuyez va certes vous*

³²⁴ BITSU, J.-A. *Processus de symbolisation et appartenances culturelles*. Université Lumière Lyon 2, 2005.

³²⁵ ORLOFF, J. *Liberté émotionnelle*. Ariane Éditions, 2009, p. 176.

rencontrer. Ensuite vous serez ramenés à celui qui connaît parfaitement le monde invisible et le monde visible et qui vous informera alors de ce que vous faisiez » (Sourate al-Jumua : 8).

« Où que vous soyez, la mort vous atteindra, fussiez-vous dans des tours imprenables » (Sourate an-Nisa : 78).

Alors, pourquoi ne pas choisir de mourir de façon honorable par un acte de foi et être martyr, le martyr ne meurt jamais. *« Ne dites pas de ceux qui sont tués dans la voie de Dieu qu'ils sont morts. Non, ils sont vivants ; mais vous ne le comprenez pas » (Coran II. 149).*

La réaction immédiate de Karima est aussi une réaction immédiate adaptative, dénommée aussi « stress adapté », qui est une réaction d'alerte et de mobilisation. Sur le plan psychologique, l'alerte et la mobilisation se manifestent dans quatre sphères : cognitive, affective, volitionnelle et comportementale. Dans la sphère cognitive, il se produit spontanément, sans délibération ni décision volontaire, une élévation immédiate et rapide du niveau de vigilance, une focalisation de l'attention et une exacerbation des capacités d'évaluation et de raisonnement, le tout aboutissant à l'élaboration d'une décision (L. Crocq, 1999).³²⁶

Karima dit qu'après le choc de la mort de son mari, elle a commencé à souffrir de troubles de la mémoire : *« j'oublie beaucoup de choses ! Avant, j'étais une institutrice très brillante et beaucoup vantaient mon instinct maternel très fort. J'ai réussi à transformer le comportement d'un enfant de 9 ans, très difficile, en un enfant poli, courtois. L'école où je travaillais se situait dans un quartier pauvre, où les enfants ne vont pas à l'école maternelle. Le fait d'intégrer ces enfants dans le cadre d'une classe et de les faire obéir à l'ordre était très difficile ».*

La personnalité endeuillée est parfois régressive avec un ralentissement du fonctionnement cognitif, une suspension de tout projet et un repli sur soi dans la dépression, Toute souffrance s'inscrit dans le corps, la souffrance parle à travers le corps, les « atteintes corporelles » qui l'ont marquée sont les points d'impact de sa souffrance. Selon le type d'événement, les atteintes corporelles peuvent être plus ou moins sévères et ne revêtent pas le même sens ni la même importance ; s'il n'y a pas nécessairement une causalité directe entre gravité de l'atteinte corporelle et gravité de la blessure psychique, le corps a toujours son mot à dire dans les manifestations de la souffrance.

³²⁶ CROCQ, L. 16 *Leçons sur le trauma*. Odile Jacob, 2012, p. 34.

Du point de vue intrapsychique, ce qui rend une expérience traumatisante, c'est l'incapacité de l'appareil psychique à drainer l'excès d'excitation.

Karima continue à parler de son vécu en exprimant ses émotions. L'émotion permet de mieux comprendre ce que chacun a traversé dans son épreuve.

« J'ai eu trois punitions : premièrement, ma femme de ménage que j'aimais beaucoup est morte pendant la guerre. Deuxièmement, j'ai eu la maladie du rhumatisme, et pour finir, j'ai quitté l'école. Le chemin vers l'école devenait très dangereux, j'ai dû arrêter mon travail ».

Karima considère les épreuves de la vie comme des punitions. L'interprétation que Karima donne à une épreuve affecte beaucoup la façon de l'assumer. Il s'agit d'une punition à cause d'une transgression religieuse, cette explication subjective joue un rôle important dans la façon dont Karima vit sa pathologie.

Karima est une personne généreuse ; elle distribuait les repas aux pauvres, c'est elle qui donnait, qui offrait : *« je suis quelqu'un de modeste, je mange avec les femmes de ménage ».*

Les liens d'amour qui unissent les membres de la famille sont sensibles aux changements extérieurs ou intérieurs : *« ma fille pleure beaucoup, elle veut retourner en Irak, le comportement de mon fils est très étonnant, malheureusement, j'ai été surprise par le comportement de mon fils vis-à-vis de moi, je ne m'attendais pas à ce qu'il réagisse de cette manière avec moi. Je supporte la migration pour mon fils, mais il est très dur avec moi ».*

Karima hésitait avant de parler de ce qu'elle ressentait par rapport au comportement de son fils, c'est très douloureux de verbaliser ses sentiments concernant sa relation avec son fils, *« c'est très dur d'être dépendante de son fils ».* C'est très dur de demander de l'argent, c'est très dur pour elle de ne plus pouvoir donner de l'argent ou distribuer de la nourriture. Il est difficile de passer d'une position de donneur à une position de demandeur.

-2-Questionnaire d'évaluation du traumatisme

L'échelle A (8 items), les réactions immédiates, physiques et psychiques **pendant le déroulement de l'événement**. L'analyse des résultats obtenus révèle un état de traumatisme moyen, en effet, Karima obtient à cet item un score de 10 (max = 24), la réponse à la question

A6 : « avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou assister à un spectacle insoutenable ? » était le chiffre 1, faible, elle a cherché à réagir. Sa réaction était adaptée.

Les échelles (B, C, D, E, F, G, H, I, J) abordent le ressenti actuel, c'est-à-dire **depuis l'événement**.

L'échelle B (4 items), le symptôme pathognomonique de répétition : les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, les flashes, et l'angoisse attachée à ces répétitions. La note brute obtenue à ce test est de 7 (max = 10 et plus). En effet, Karima revit l'événement à travers les cauchemars. Il est difficile pour elle de parler de l'événement, par contre, à la question B1 : si des images fortes s'imposent à elle durant la journée ou en soirée, elle a répondu 1, donc faible, signifiant qu'elle n'est pas envahie par des images forcées.

L'échelle C (5 items) vérifie le trouble du sommeil. La note obtenue est de 5 (max = 14 et plus), Karima fait des cauchemars avec des réveils nocturnes.

L'échelle D (5 items) vérifie l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements phobiques. La note obtenue à ce test est de 7 (max = 14), Karima ne peut plus retourner sur des lieux en rapport avec l'événement, elle ne peut plus écouter les infos.

L'échelle E (6 items) : l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hyper vigilance et l'hypersensibilité. La note obtenue de 6 (max = 15 et plus), elle est devenue plus attentive au bruit, et a tendance à fuir les situations insupportables. Mais elle demeure quelqu'un de très sociable, et il n'y a pas de changement (agressivité, ou perte de contrôle) vis-à-vis des autres.

L'échelle F (5 items), les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles additifs. La note brute obtenue est de 6 (max = 10 et plus) révèle que Karima, à travers les souffrances, verbalise ses mots, (souffre de rhumatismes et a perdu beaucoup de poids).

L'échelle G (3 items) vérifie les troubles cognitifs (mémoire, concentration, attention) ; à cette échelle, Karima obtient un score de 6 (max = 8). Karima présente un trouble de la mémoire.

L'échelle H (8 items) vérifie les troubles dépressifs (désintérêt général, perte d'énergie et d'enthousiasme, tristesse, lassitude, envies de suicide). La note obtenue est de 11 (max = 17 et plus). Karima n'a plus l'énergie qu'elle avait auparavant. Elle pleure beaucoup quand elle se retrouve seule. Elle souffre d'une grande fatigabilité. La mort de son mari a été pour elle un grand choc, et pense que sa vie après sa mort ne vaut plus la peine d'être vécue.

L'échelle I (7 items) : le vécu traumatique ; culpabilité, honte, atteinte de l'estime de soi, sentiments violents et colère, impression d'avoir fondamentalement changé. À ce test, Karima obtient 9 (max = 17 et plus), Karima n'a aucun sentiment de culpabilité, ni honte, par contre, elle a un sentiment d'humiliation concernant sa situation financière. Karima est dans un état de vulnérabilité, elle se sent dévalorisée. Sa nouvelle vie après son vécu traumatisant et sa façon de voir la vie sont complètement changées.

L'échelle J (11 items) : la qualité de vie. La note brute obtenue est de 6 (max = 8 et plus), Karima a arrêté ses activités professionnelles ; elle ne trouve plus de sens à sa vie.

En conclusion, pour ce test, le Traumaq met en évidence l'existence d'un **traumatisme moyen** corroboré par l'ensemble des notes obtenues au questionnaire.

Syndrome axio-dépressif (sans syndrome psycho-traumatique déclaré)

- Note totale étalonnée moyenne (3).
- Note étalonnée faible (2) à l'échelle A, l'impact traumatique de l'événement n'est pas élevé.
- Notes étalonnées moyenne (3) aux échelles (B, C, D, E, F, H, I).
- Note étalonnées élevée (4) à l'échelle (G, J) (difficulté de mémoire, répercussion sur la qualité de vie).

-3-Echelle d'estime de soi de Rosenberg

L'échelle comprend 10 énoncés mesurés sur une échelle de 1 à 4. Le répondant indique son accord avec les dix affirmations de l'échelle par le biais d'une échelle de 4 points. La cote 1 signifie « tout à fait en désaccord », la cote 2 « plutôt en désaccord », la cote 3 « plutôt en accord » et la cote 4 « tout à fait en accord ».

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

		1	2	3	4
1	-Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.			X	
2	-Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			X	
3	-Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.		X		
4	-Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.			X	
5	-Je sens peu de raison d'être fier de moi.		X		
6	-J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.				X
7	-Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.		X		
8	-J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	X			
9	-Parfois, je me sens vraiment inutile.		X		
10	-Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.		X		

L'échelle de soi (Rosenberg) nous révèle chez Karima une estime de soi **moyenne**.

Cela vient confirmer le questionnaire du Traumaq où Karima à la question I-4 : « depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisée ? », a répondu « oui ». Elle a entouré le numéro 3 = très fort.

L'estime de soi est déterminée par des facteurs externes liés à l'histoire personnelle. Cette estime de soi n'est pas constante, elle évolue en fonction des événements, elle baisse si la personne a eu des événements douloureux, et si elle se sent aimée ou reconnue, elle augmente.

Les épreuves douloureuses que Karima a traversées dans sa vie ont atteint son estime de soi. Depuis l'événement, Karima se sent dévalorisée. Son sentiment vis-à-vis de son efficacité personnelle est attaqué. Le trouble de sa mémoire l'empêche de faire des tâches quotidiennes touche son image de soi, elle se sent inutile.

-4-Analyse et discussion du cas Karima

Karima a vécu plusieurs guerres successives en Irak, et a été finalement touchée par la violence de la guerre civile : les bombardements, les massacres, les séries d'attentats, les conflits ethniques, les déplacements et l'exil forcé.

Le terrorisme en Irak a un fort pouvoir traumatique. Il s'agit d'un événement violent qui a touché toute une population pendant un temps prolongé, engendrant souvent un traumatisme collectif. Pour C. Barrois (1998), c'est le danger de mort qui spécifie le traumatisme, ce qui autorise le terme « traumatisme collectif », lorsque ce sont des groupes ou des populations entières qui frôlent la mort.³²⁷

Le vécu de Karima, nous amène à considérer la place qu'occupe l'histoire collective et l'impact sur sa vie psychique. Lors de l'entretien, Karima a construit elle-même ses souvenirs, elle a marqué les événements traumatisants dans un réseau de signifiants.

Ce traumatisme se caractérise par un scénario. Karima a situé deux événements troublants qui ont marqué sa vie. Le premier, en 2006, de fortes explosions qui ont engendré la mort de son mari, et en 2003, l'attaque des soldats américains à la mosquée.

La perte de son mari fut un grand choc. Le décès survient subitement et est inattendu dans un contexte de déshumanisation. Karima a perdu un pilier dans sa vie, ce qui a créé chez elle un état de solitude. Le deuil peut être ici considéré comme traumatique car il intervient dans des circonstances potentiellement traumatiques. M. Anaut (2003) a souligné qu'un contexte peut devenir « traumatogène du fait **d'une accumulation d'événements de vie négatifs** qui finit par produire un niveau de tension trop élevé, quelle que soit la qualité du fonctionnement mental jusque-là ».

Comme le souligne O. Bourguignon (2000), « l'événement destructeur affecte le fonctionnement psychique, la structuration de la personnalité et laisse des traces durables au sens où elles modifient le rapport à la réalité, à soi-même et à autrui ».³²⁸

Le deuxième événement douloureux pour Karima s'est déroulé trois ans auparavant : pendant l'occupation américaine, Karima a été exposée à la mort alors qu'elle se trouvait à la mosquée pour prier. Au moment des faits, elle a fait appel à des outils de pensée qui l'ont aidée à maîtriser, du moins mentalement, la situation.

³²⁷ BARROIS, C. *Les Névroses traumatiques*. Paris : Dunod, 1998.

³²⁸ ANAUT, M. *La résilience - Surmonter les traumatismes*. Paris : Nathan, 2003, p. 80.

S. Freud insiste sur cette relativité de l'expérience traumatique qui se réduit à un rapport de force entre les excitations qui sont apportées par l'événement extérieur et l'état constitutionnel et conjoncturel de la barrière de défenses psychiques qui en reçoit l'impact.³²⁹

L. Crocq (2012) a affirmé que : « *l'événement peut être traumatisant pour tel sujet aujourd'hui, dans telles circonstances de fatigue, d'environnement matériel, de soutien social et de climat moral, alors qu'il ne l'eût pas été la veille et ne le serait pas le lendemain dans d'autres circonstances et d'autres états d'âme* ».

Le vécu de Karima n'a pas été un long fleuve tranquille. Il s'est accentué par le traumatisme migratoire et la perte de son cadre contenant. Karima a vécu une insécurité sociale par la guerre et la montée accrue du terrorisme qui a tué son mari, la peur qui l'a poussée à quitter son pays après la perte de son mari. Par son histoire subjective, par les violences que Karima a traversées, par son trajet d'exil et par sa recherche d'un refuge, d'un lieu d'asile, c'est au cœur de ce conflit que se retrouve le sujet exilé, entre vie et mort. Karima en Syrie vit une crise économique et une instabilité sociale.

-5-Conclusion concernant le cas Karima

L'analyse clinique du Traumaq montre que Karima présente un **syndrome psycho-traumatique moyen**. Le test de l'estime de soi révèle que Karima a une **faible estime de soi**.

Lors de l'entretien, à la question : « quel sens donnez-vous aujourd'hui à ce vécu ? » Karima répond Alhmdoulillah (merci Dieu) : « *j'ai une forte croyance en Dieu, en versant des larmes. Dieu a dit : « soyez reconnaissants et j'accroîtrai mes grâces », (Sourate XIV ABRAHAM, verset 7)* ». Le sujet appartient à une culture particulière et à ce titre, précisément, il raisonne de façon conséquente (J. Snacken, 1992).³³⁰

Ce furent les mots de la fin, comme si l'entretien permettait de former un point de vue significatif sur sa vie et sur les événements qui s'y sont passés. Malgré la souffrance, la douleur, il y a chez Karima une volonté de vivre, la capacité de revivre se révèle donc comme un composant essentiel du changement psychique opéré chez elle. La façon concrète dont elle vit permet de saisir les capacités réparatrices qu'elle mobilise pour s'en sortir. S. Ferenczi parlait de la possibilité de « **progressions traumatiques** », B. Cyrulnik, lui, de « **capacités de résilience** » et G. Lopez de **réparation**. On ne répare pas en ramenant à l'état

³²⁹ CROCQ, L. *16 leçons sur le trauma*. Odile Jacob, 2012, p. 182.

³³⁰ SNACKEN, J. Remarque préliminaire concernant l'Aide psycho-sociale dans une situation multiculturelle. In *Thérapies interculturelles*, sous la direction de A. Gailly et J. Leman. Bruxelles : De Boeck, 1992, p. 8.

initial mais en construisant quelque chose de nouveau.³³¹ Revivre est un parcours intérieur qui ressemble à un combat ; il ne s'achève jamais véritablement. On ne guérit jamais complètement de ses blessures.³³²

Karima, en souffrance, en manque d'objet représentant, va utiliser les croyances pour pouvoir symboliser ses conflits ou ses angoisses. « Autrement dit, n'ayant aucun objet lui permettant de représenter, le sujet va utiliser l'objet extérieur que lui donne la société pour pouvoir représenter sa souffrance. La foi, en tant que forme de croyance, est un mécanisme mental, elle implique alors chez le sujet un travail psychique » (J.-A. Bitsi, 2005).³³³

Par la voix de la spiritualité, Karima trouve des forces intérieures qui l'aident à dépasser sa souffrance et à donner du sens à sa vie.

En ce qui concerne le vécu en exil, Karima indique que malgré la situation financière difficile en Syrie, elle se sent en sécurité à Damas. Le sentiment de sécurité interne alimente l'estime de soi.

Ce qui va dans le sens de notre deuxième hypothèse :

L'influence de l'exil sur l'estime de soi a des conséquences sur le vécu traumatique.

Lorsque l'exil est positif, il renforce l'estime de soi, lorsque l'exil est négatif, il affaiblit l'estime de soi.

III.1.7. AICHA

-1- Récit de vie

C'est une femme irakienne âgée de 43 ans, mère de trois enfants : deux garçons et une fille. « On était une famille composée de cinq membres. Maintenant, nous ne sommes plus que trois. Aujourd'hui, je me retrouve seule avec ma fille de douze ans ».

³³¹ CORMON, V. *Viols et Métamorphoses*, Psychologue, Psychothérapeute, 2002.

³³² FISCHER, G.-N. *Les blessures psychiques*. Odile Jacob, 2003, p. 247.

³³³ BITSI, J.-A. *Processus de symbolisation et appartenances culturelles*. Université Lumière Lyon 2, 2005.

Par cette phrase, Aicha débute son histoire, nous relatant son parcours traumatisant. Début du mois d'août 2010, en période de ramadan, Aicha entre dans la salle du dispensaire. Son regard semble ailleurs, regard perdu dans un espace infini. Après un long moment de silence, les yeux emplis de larmes, Aicha relate son histoire.

« En 2006, la guerre civile fait rage en Irak. Habités par une peur intense, nous avons quitté Bagdad pour Al-Anbâr (Al-Anbâr est une province d'Irak, se situant à l'ouest de l'Irak), où nous avons pu louer une petite maison. Malheureusement, la situation n'était guère mieux ».

« Un midi de ramadan, les insurgés irakiens attaquèrent les soldats américains. Cela se passait peu après la prière de midi. En réponse, les soldats américains armés quadrillèrent le quartier. Mon fils se trouvait sur place lorsque celui-ci fut bombardé. Pris de panique, mon fils s'est mis à courir. Par la fenêtre, je voyais la scène. Les Américains l'ont pris pour un insurgé, et ont tiré sur lui. Ils l'ont tué sous mes yeux. Je l'ai vu tomber au sol : il n'avait que dix-sept ans. Il est tombé, il ne bougeait plus. Mon fils, au sol, baignant dans son sang. Je ne peux rien faire pour lui. J'avais même peur de crier, figée par l'horreur, ce jour-là fut terrible ».

Lorsque la mort vient brutalement faire effraction dans l'appareil psychique du sujet, F. Lebigot (2002) explique que dans le trauma une image traumatique s'est introduite dans l'appareil psychique et s'est incrustée au point où la personne perd l'usage du langage ; elle est désormais sans mot et sans représentation.

Aicha reprend le fil de son histoire après avoir essuyé ses larmes :

« Puis les Américains sont entrés de façon brutale dans la maison où je me trouvais. Ils ont attaché mon deuxième fils aîné qui avait dix-neuf ans. Ils l'ont pris. Il venait de tuer mon plus jeune fils et maintenant, ils s'en prenaient à mon grand. Tout cela se déroulait devant mes yeux et je ne pouvais rien faire. La peur me paralysait. J'étais horrifiée par ce que je voyais. Je me demandais si ce que je voyais était réel ou bien si je regardais un des films américains. Réalité ou fiction, j'étais perdue ».

« Un membre de ma famille avait quelques connaissances parmi les militaires américains et particulièrement un lieutenant. En échange de tous mes bijoux, il a organisé la fuite de mon fils. Au petit matin, mon mari, mon fils, ma fille et moi-même, paniqués et de peur d'être arrêtés, nous avons fui Al-Anbâre pour la Syrie ».

« Le voyage n'était pas sans risques, le chemin était considéré comme dangereux. Arrivés en Syrie, alors que nous venions de sauver nos vies, la menace de mort s'éloignant, mon mari éprouvé par toutes ces épreuves fit une crise cardiaque. Il mourut subitement. Ce fut un moment que je n'oublierai jamais. Aucun mot ne peut traduire ce que j'ai ressenti à cet instant. Je n'arrivais pas à croire ce qui venait de se passer, mon mari était mort dans mes bras. Je ne savais plus quoi faire. Comment vivre seule, dans un pays étranger où je ne connaissais personne ? J'ai crié, pleuré ».

« J'ai enterré mon mari en sol étranger, en Syrie. Je me retrouvais seule avec mes deux enfants, tout aussi apeurés que moi ».

Aicha décrit son vécu dramatique comme si elle rapportait des scénarios la mettant en scène, qui auraient émergé au moment de la confrontation mortelle.

Le réel est amer, son fils est mort devant ses yeux, puis son mari. La déchirure est répétée, Aicha était dans un état de déréalisation. Brutalement, tout est différent, tous les repères sont décalés.

La perte de son fils et de son mari, les violentes menaces des soldats américains, le sentiment d'impuissance et l'impression d'absence de soutien, ont laissé Aicha dans un état de chaos, placée dans la mort, placée dans la vie, des événements terribles se succédaient de façon brutale.

S. Ferenczi (1934) décrit l'ensemble des phénomènes consécutifs au trauma comme « *un choc inattendu, non préparé et écrasant, agissant pour ainsi dire comme un anesthésique* ». ³³⁴

Le trauma n'est pas réservé à la condition de victime, il peut être aussi le fait des témoins et des acteurs.

Aicha a vécu des événements dramatiques, une douleur intense, une situation qui dépasse toute imagination possible du sujet. L'expérience est devenue au-delà du principe de plaisir.

Après avoir longuement sangloté, Aicha reprend la parole :

« La vie en Syrie est très difficile sur le plan administratif, financier. J'ai vécu la galère avec mes deux enfants ».

« Après quatre longues années, mon fils décida de retourner en Irak avec la femme qu'il a épousé en Syrie. Il est retourné à Al-ANBARE, et a ouvert un centre culturel, et moi je suis

³³⁴ FERENCZI, S. *Le traumatisme*. Édition Payot, 1985, p. 20.

restée ici avec ma fille. Elle est en cinquième, il ne reste que ma fille pour moi, je ne vis que pour elle ».

Son fils parti, Aicha se retrouve seule avec sa fille en Syrie. Elle se sent abandonnée. Elle éprouve le besoin d'amour de son entourage, de soutien.

Aicha accumule des traumatismes extrêmes, vulnérabilité associée à l'exil et dans un contexte de vie incertain lié aux procédures d'asile.

Sa vie est complètement changée, les points de repères ne sont plus les mêmes et Aicha n'a d'autre choix que de s'adapter.

« Cinq ans se sont passés depuis notre fuite d'Irak. Nous n'y sommes jamais retournées. Ma fille et moi-même pleurons souvent notre pays. Nous nous sentons nostalgiques. Elle veut retourner en Irak. Mon fils veut qu'on se retrouve de nouveau ensemble ».

« Notre dossier au centre des réfugiés politiques en Europe a été accepté mais ma fille ne veut pas partir en Europe. Son souhait est de rentrer en Irak ».

« Tout l'argent que j'ai gagné ; c'est pour réaliser les désirs de ma fille ; il ne me reste plus qu'elle dans ma vie. Partir en Europe, ou rentrer en Irak, je ne sais plus quoi décider. Mes amis en Syrie me conseillent de saisir cette chance et d'aller en Europe. Ils me racontent l'histoire de tous ces réfugiés qui attendent depuis des années d'avoir cette opportunité. Mais voyager vers l'inconnu me fait peur, je ne sais pas quoi faire, je n'arrive pas à prendre de décision ».

« Je ne peux pas forcer ma fille, l'Irak me manque mais j'ai peur d'y retourner. Je ne peux pas forcer ma fille ».

Aicha est incapable de prendre une décision et d'agir, elle n'éprouve aucun intérêt pour la vie, Aicha parle comme si elle était absente, comme si elle parlait d'une étrangère, et que tout cela ne la concernait pas.

Nous avons tenté d'échanger avec elle concernant l'avenir, le statut des demandeurs d'asile mais avons senti beaucoup de résistance. Aicha semble écouter, mais elle n'enregistre pas ce qui vient d'être dit. Elle demeure silencieuse.

Aicha souffre en exil de la perte du pays d'origine, K. Chahraoui (2014) souligne concernant cette douleur : *« c'est une forme de déchirement intérieur et de conflit passionnel avec le pays d'origine. C'est à la fois l'amour et la nostalgie pour la terre, le village natal, les ambiances*

*d'antan, les parfums, mais aussi la colère pour la « terre-mère » qui n'a pas su garder et protéger ses enfants ».*³³⁵

Aicha a son regard qui part au loin, le passé est présent, elle revient au moment de la guerre :
« *La guerre de 2003 a été très dure. Les Américains rentraient dans les maisons, avec beaucoup de violence, sans autorisation. Ils fracassaient les portes, fouillaient de partout, volaient l'argent, les bijoux ».*

« *Ils étaient partout, installaient des check points. La peur s'était installée au fond de moi. Après 2006, c'est devenu l'enfer car s'est ajoutée la guerre civile entre sunnite et chiïtes. La mort nous suivait partout où nous allions : les bombardements, le sang des morts ».*

« *Le pire dans tout cela, c'était de ne pas savoir qui était son ennemi. Le vrai ».*

Les larmes de Aicha ont fait émerger sa profonde tristesse.

L'horreur, le menace, l'humiliation, l'injustice, des mots verbalisent les ressentiments d'Aicha durant les années de guerre. Aicha a trouvé des personnes qui pouvaient accueillir son témoignage, lui apporter une écoute.

Prendre la décision de parler reflète un besoin intérieur de briser le silence, de raconter des événements qui n'ont pas seulement marqué sa vie, mais aussi la vie de toutes les irakiennes, parler de vérité cachée, mais surtout comme l'indique M. Wieworka 1998, « c'est un besoin de reconnaissance et un besoin de retrouver la dignité humaine humiliée par l'horreur d'une violence extrême ».³³⁶

À la fin de l'entretien, nous avons interrogé Aicha en lui posant la question : « *aujourd'hui, quelle sens donnez-vous à votre expérience ?* »

Aicha a répondu : « *mon but est de m'occuper de ma fille, il ne me reste qu'elle dans ma vie, je veux réaliser ce qu'elle veut* ».

Puis, un moment de silence. Avant de partir le regard emplis de larmes, chargé de détresse extrême et la voix cassée, comme une plainte appelant de l'aide, Aicha lance :

« *Le ramadan fut très, très dur pour moi, je me rappelle la mort de mon fils, il a été tué devant mes yeux. Ce fut très, très dur. Le mois du ramadan a été une tragédie pour moi* ».

Souvenir impossible à effacer. Aicha est déchirée par le deuil, impuissante, traumatisée par le fait de voir son fils tué devant ses yeux, le temps suspendu sur cette image, Quand il est trop

³³⁵ CHAHRAOUI, K. *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*. Paris : Dunod, 2014, p. 143.

³³⁶ WIEVIORKA, A. *L'ère du témoin*. Paris : Hachette, 1998.

horrible, l'événement traumatisant en arrive même à bouleverser les structures psychiques les plus stables et les plus solides, rendant le travail de deuil difficile.

Cela est difficile pour Aïcha d'exprimer ce qu'elle vit.

-2- Questionnaire d'évaluation du traumatisme

L'échelle A, composée de 8 items, concerne le ressenti pendant le déroulement de l'événement. Aïcha à cet item obtient un score de 22 (max = 24). Aïcha a été témoin de la mort de son fils, tué par les Américains, dans un état de sidération, impuissante, incapable de réagir et de sauver son fils.

Les échelles (B, C, D, E, F, G, H, I, J), abordent le ressenti actuel, c'est-à-dire depuis l'événement.

L'échelle B, vérifie l'omniprésence de l'événement. La note brute obtenue à ce test est de 10 (max = 10 et plus). Aïcha est envahie par des souvenirs d'horreur.

L'échelle C, vérifie le trouble du sommeil. La note obtenue à ce test est de 12 pour un maximum de 14 et plus. Aïcha fait des rêves terrifiants et au réveil elle est dans un état de fatigue.

Aïcha souffre de trouble du sommeil : impossibilité de s'endormir le soir à cause du surgissement des images de l'événement.

L'échelle D vérifie l'état d'angoisse. La note obtenue à ce test est de 14 (max = 14 et plus). Cela traduit l'anxiété massive qui envahit toutes les sphères psychiques, sociales et cognitives.

L'échelle E vérifie les changements survenus sur le plan de la sensibilité perceptive (bruit, méfiance, irritabilité, colère, agressivité). La note obtenue est de 9 (max = 15 et plus). Aïcha fuit les situations insupportables, elle est devenue méfiante et irritable au son.

L'échelle F vérifie les changements et les réactions survenus sur le plan psychosomatique. La note brute obtenue est de 10 (max = 10 et plus). Depuis l'événement, la santé d'Aïcha s'est dégradée, et dès qu'elle repense au moment de la mort de son fils, elle tremble et fond dans un état de tristesse avec des maux de tête insupportables.

L'échelle G vérifie les troubles de mémoire et de concentration. À cette échelle, Aïcha obtient un score de 5 (max = 8). Aïcha a davantage de difficultés de concentration.

L'échelle H vérifie l'état de dépression. La note obtenue à ce test est de 18 (max = 18 et plus). En effet, Aicha est dans un état d'épuisement, manque d'énergie, elle a des crises de larmes et a tendance à l'isolement.

L'échelle I vérifie la culpabilité, la honte, le changement dans sa façon de voir la vie. Aicha obtient à ce test 14 (Max = 17 et plus). Aicha n'a aucun sentiment de culpabilité, ni de honte, mais elle a ressenti un sentiment d'humiliation quand les Américains sont entrés de façon violente chez elle. Elle éprouve de la haine envers les Américains, de la colère et de l'injustice. Toute sa représentation a changé.

L'échelle J, vérifie les répercussions sur la qualité de vie. La note brute obtenue est de 8 (max = 8 et plus). Aicha a l'impression que sa vie est brisée et elle n'a plus aucun goût à la vie.

Le traumaq met en évidence l'existence **d'un syndrome post-traumatique très fort**, corroboré par l'ensemble des notes obtenues au questionnaire.

-3- L'échelle d'estime de soi de Rosenberg

Tout à fait en désaccord		Plutôt en désaccord		Plutôt en accord		Tout à fait en accord	
<u>1</u>		<u>2</u>		<u>3</u>		<u>4</u>	
				1	2	3	4
1	-Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.					X	
2	-Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.					X	
3	-Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.						X

4	-Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.		X		
5	-Je sens peu de raison d'être fier de moi.		X		
6	-J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.			X	
7	-Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.		X		
8	-J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	X			
9	-Parfois, je me sens vraiment inutile.			X	
10	-Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			X	

L'échelle de l'estime de soi de Rosenberg nous révèle chez Aicha une **estime de soi faible**.

Aicha se sent inutile, elle a une image ternie d'elle-même.

Ce manque de confiance en soi et dans ses moyens d'intervention projetés vers le futur rejoint le passé d'Aicha dans les manques qu'elle s'est attribués lors de l'agression, Aicha a été menacée par les soldats américains, témoin de la mort de son fils et de l'arrestation de son deuxième fils, puis de la mort subite de son mari. La vie d'Aicha est un chemin tracé par l'horreur qui a engendré la perte de confiance en soi, en autrui et en l'avenir ainsi que la perte des repères, comme si Aicha était jetée hors de la communauté humaine.

Dans un contexte stressant, c'est donc la fréquence et l'intensité des stressseurs qui contribuent à la modification du niveau de l'estime de soi.

En effet, les facteurs favorables de l'estime de soi, sont un environnement sécurisant et stable.³³⁷ Aicha a subi des menaces, vécu la peur, l'expérience de l'injustice, de la soumission imposée par les Américains et la peur qui a engendré la fuite vers la Syrie. C'est la répétition en Syrie où la situation n'est guère plus stable.

³³⁷ SALOME, J. À propos de l'estime de soi.

Tous ces facteurs aggravants vont blesser l'estime de soi et l'affaiblir, ce qui a engendré un état de vulnérabilité et de dépendance affective vis-à-vis de sa fille, surtout après le départ de son fils avec sa femme. En effet, le départ de son fils, le seul homme resté en vie dans la famille, fut très difficile. Dans la culture orientale, la famille compte beaucoup sur le fils aîné, ce qui peut expliquer le sentiment d'abandon vécu par Aicha lors du départ de son fils.

J. Salomé soulignait dans son article « *À propos de l'estime de soi* », que la capacité à s'affirmer et à se positionner suppose de se reconnaître une certaine valeur, en ayant le sentiment d'avoir une place qui compte pour les personnes significatives de l'entourage, fait partie du composant de l'estime de soi.

Affronter la réalité de la vie et dépasser les épreuves avec ses propres ressources, être autonome et éviter la dépendance affective nécessite d'avoir une estime de soi positive.

Chez Aicha, la confiance atteinte est portée sur la confiance en soi et en autrui. Nous observons que la solitude a pris place chez elle après la perte des personnes les plus significatives.

-4-Analyse et discussion du Cas Aicha

Le caractère traumatique du choc dépend de la violence de l'agression, mais aussi de l'état du psychisme qui le subit (L. Crocq, 2012).³³⁸ Plusieurs événements dramatiques ont marqué la vie d'Aicha : la mort de son fils devant ses yeux, l'enlèvement de son deuxième fils par les Américains, les menaces des soldats américains, la guerre, la guerre civile, la mort brutale de son mari et enfin le vécu migratoire douloureux dans un nouveau pays ;

Souffrance psychique extrême impensable : c'est la souffrance d'une mère confrontée à la mort d'un de ses enfants, Aicha fut témoin de la mort brutale de son fils tué par les Américains, en prenant en compte son état psychique, sa réaction s'est caractérisée par un état d'impuissance, de sidération psychique. Cela a créé une effraction psychique et la mise en panne des processus de pensée. Cela a entraîné un état émotionnel caractérisé par les affects pénibles dû à un syndrome de reviviscence auquel peut s'associer un vécu dépressif plus ou moins marqué.

³³⁸ CROCQ, L. *16 leçons sur le trauma*. Odile Jacob, 2012, p. 14.

Aicha a développé les symptômes courants de la dépression : elle est malheureuse, elle éprouve un sentiment d'inutilité, elle est désespérée, dans un état de détresse, manque d'enthousiasme, et rencontre des problèmes de motivation, concentration et difficultés à prendre des décisions. Elle évite tout ce qui peut activer ou évoquer la situation traumatique.

Aicha a tendance à s'isoler, et on observe un repli de la personnalité face à un monde perçu comme étranger.

La mort de son fils fait éprouver au fond d'elle un fort sentiment d'injustice. Cet événement vient alors faire irruption dans la vie des parents et du frère et de la sœur en créant par sa violence une désorganisation et une crise dans la cellule familiale. En effet, la famille dans son ensemble, est une victime directe, tout entière confrontée à plusieurs événements dramatiques et brutaux, confrontés à la mort, à des pertes et des douleurs multiples, à un deuil traumatique. Malgré la souffrance, la famille cherche à trouver des ressources à mettre en œuvre pour s'en sortir, en prenant le chemin vers la Syrie mais dès que la famille arrive à Damas, sauvée du danger, le père meurt, c'est un nouveau traumatisme. Aicha se retrouve seule avec ses deux enfants dans un nouveau pays qui nécessite une adaptation à une nouvelle culture.

J. Byng-Hall (1999), qui appartient à l'école anglaise de thérapie familiale, et qui est fort proche des théories de l'attachement de J. Bowlby, a proposé le concept de « base familiale de sécurité », défini comme « *une famille qui offre un réseau fiable de relations d'attachement, lequel permet à tout membre, quel que soit son âge, de se sentir en sécurité pour explorer ses relations avec chacun des autres et avec des personnes extérieures à la famille* ». La famille est déchirée, et cette base familiale de sécurité est fondue.³³⁹

Il n'y a personne pour aider Aicha à traverser ces épreuves. La capacité à reconnaître la souffrance de l'autre, entre soi et l'autre que fonctionne la consolation, manière de nommer ce que l'on imagine chez l'autre, ce que l'autre éprouve qu'il n'a pas encore réussi à mettre en mots (J. Hochman, 1994).³⁴⁰ La consolation, cette activité de soutien, Aicha ne l'a pas trouvée, elle se trouvait seule au moment de la mort de son mari et elle ne s'était pas remise de la mort de son fils.

³³⁹ BYNG-HALL, J. Réécriture des scénari de deuil. Scenari familiaux et culturels d'attachement et de perte. Critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 1999 ; 20 : 89-107.

³⁴⁰ DELAGE, M. *Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques*, Médecine et Hygiène -THÉRAPIE FAMILIALE 2002/3 - Volume 23, p. 269-287.

-5-Conclusion concernant le cas Aicha

Le traumaq met en évidence l'existence d'un syndrome post-traumatique très fort.

L'échelle de l'estime de soi de Rosenberg nous révèle chez Aicha une **estime de soi faible**

Aicha a vécu, a été témoin et a été confrontée à des événements durant lesquels des personnes chères sont mortes, sa réponse s'est caractérisée par un sentiment d'impuissance, de sidération psychique, et a donné lieu au développement de symptômes de répétition et d'altération de la personnalité. Ce syndrome s'accompagne du deuil traumatique de la mort de son fils.

Aicha rencontre des troubles de l'attention ou de la conscience, pouvant entraîner des épisodes dissociatifs au cours desquels l'esprit est déconnecté : Aicha a l'impression de ne plus exister, d'être comme morte (dépersonnalisation). L'avenir lui paraît bouché.

Pour O. Fenichel (1945), la névrose traumatique provoque un triple blocage des fonctions du moi : fonction de filtration de l'environnement, fonction de présence au monde et fonctions libidinales d'amour et de relation à autrui (cité par L. Crocq, 2012, p. 71).

Aicha a développé des stratégies de survie, Aicha est morte psychiquement, paralysée dans un état d'éprouvé de toute résistance. Comme l'a indiqué R. Roussillon (2012) dans son article « *Les logiques de survie et la rencontre clinique : stratégie de survivre, se couper de soi pour survivre* », cette opération n'est pas sans conséquences, car elle implique la mise à mort d'une certaine économie psychique fondée sur le primat du principe de plaisir au nom d'un principe de survie.

La disparition du proche est aussi vécue comme une perte de soi avec un véritable écroulement narcissique.³⁴¹

R. Roussillon explique qu'« *en effet, la prise en compte de la réalité conduit à un renoncement radical à la « logique » du principe de plaisir en tant qu'il est aussi un principe d'intégration psychique. Les « logiques de la survie » l'emportent sur les logiques du plaisir, ce qui peut engendrer une antinomie paradoxale entre plaisir et réalité, où l'un des deux termes doit céder le pas* ».³⁴²

Quel sens attribue Aicha à l'insensé de l'événement ?

À la question : « *aujourd'hui quel sens donnez-vous à votre expérience ?* »

³⁴¹ CHAHRAOUI, K. *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*. Paris : Dunod, 2014, p. 107.

³⁴² ROUSSILLON, R. Les logiques de survie et la rencontre clinique. In *Clinique de l'extrême*, de V. Estellon et F. Marty. Armand Colin, p. 293.

Aicha a répondu : « *mon but, c'est de m'occuper de ma fille, il ne me reste qu'elle dans la vie, je veux réaliser ce qu'elle veut* ».

Aicha considère sa vie comme brisée, sa raison de vivre, c'est sa fille, Aicha existe en tant que mère. Le fait de s'occuper de sa fille lui donne un sentiment de continuité d'existence, rompu par l'irruption du réel de la mort, la mort de son fils et de son mari.

Le travail d'élaboration psychique de l'événement traumatique, de la mise en pensée et de sens donné se fait en s'appuyant sur des ressources internes et externes.

Aicha est dans un état désespéré, elle n'arrive pas à faire le deuil et à intégrer l'événement traumatisant. Il n'y a personne pour la soutenir. Est-ce que sa relation avec sa fille, son rôle de mère, une responsabilité à assumer va lui donner un étayage psychique lui permettant de continuer d'exister et l'aider à vivre ?

Est-ce que un jour Aicha arrivera à faire résilience ?

En effet, mettre des mots sur son vécu est très difficile pour Aicha.

Penser la violence, verbaliser ses ressentiment en parlant, Aicha a commencé à rendre possible une historisation de son vécu douloureux, permettant de mettre en route à l'intérieur de soi une activité narrative, l'inscrire dans une histoire, à rendre possible un récit qui l'aide à développer sa capacité à contenir qui permet ainsi le travail d'élaboration psychique d'événement traumatisant.

Les résultats obtenus vont dans le même sens de notre hypothèse.

Se construire après un traumatisme, donner du sens et symboliser l'événement douloureux nécessite d'avoir d'une part, une enveloppe psychique assez forte et d'autre part, une estime de soi positive.

En ce qui concerne son vécu en exil

L'exil pour Aicha est une source de souffrance : seule, dans un pays étranger, désargentée avec ses deux enfants. « *La vie en Syrie est très difficile sur le plan administratif, financier. J'ai vécu la galère avec mes deux enfants* ». Or malgré ces difficultés, elle a pu trouver la force de s'en sortir et laisse supposer que l'exil est positif pour Aicha et lui a permis de renforcer son estime de soi.

III.1.8. AMAL

Dans cette partie, nous présenterons le récit de vie d'Amal, les résultats obtenus au questionnaire d'évaluation du traumatisme, « le Traumaq » ainsi que le test relatif à l'estime de soi.

-1-Récit de vie

Amal, 33 ans, mariée et mère de 3 garçons de 15, 10 et 8 ans. Elle est arrivée en Syrie en 2011 avec ses deux petits garçons pour fuir la guerre civile en Irak.

Amal est entrée dans la salle animée d'un regard déterminé, prête à parler, donnant le sentiment qu'elle savait exactement de quoi elle allait parler.

Nous avons débuté l'entretien en lui demandant de parler de l'événement le plus traumatisant pour elle et des circonstances l'ayant poussée à venir en Syrie.

Amal a commencé à raconter son histoire.

« Je me suis mariée à l'âge de 15 ans, j'étais une gamine, je ne connaissais rien, je ne savais rien de la vie, ma famille m'ayant forcée à me marier à un homme beaucoup plus âgé que moi »... des larmes inondent son visage.

Le mariage devrait être un événement heureux dans la vie des individus, mais ce n'était pas le cas pour Amal. La voix de la femme n'existe pas. Elle devait obéir à ses parents par respect, et le respect passait par la soumission.

Le mariage forcé est une violence en lui-même puisqu'il contraint deux personnes à s'unir et à construire leur vie ensemble sans l'avoir choisi.³⁴³

« Mon mari est un homme très jaloux, possessif, il voulait que je sois que pour lui, il s'opposait aux visites que je rendais à mes frères ».

³⁴³ LYSOE, K. *Analyse psychocriminologique du mariage forcé.*

« J'ai habité avec sa famille, je lui ai donné trois enfants. Entre chaque grossesse, la cohabitation était difficile avec mes beaux-parents, je ne m'entendais pas avec eux. Je rencontrais des problèmes dans l'éducation de mes enfants. Ils ne les supportaient pas, comme s'ils étaient étrangers à leur famille. Cette situation a créé chez moi un complexe ».

La vie au quotidien est devenue insupportable pour Amal. À cause de ces problèmes, Amal et son mari ont décidé de quitter la maison familiale. Malgré ce déménagement, la vie au côté de son mari demeurait compliquée en raison du caractère difficile de son mari : *« c'était un homme très dur, il s'énervait facilement. Je ne pouvais pas communiquer avec lui car de suite, il se mettait à crier et ce pour des broutilles. Cela me faisait pleurer ».*

Souffrance psychique liée au manque de communication.

Mais en raison de problèmes financiers, Amal et son mari durent retourner vivre chez les parents de son mari.

La mémoire douloureuse est réveillée. Amal continue à parler de sa vie en enchaînant les épisodes dramatiques : *« un jour, une bombe a explosé non loin de la maison et j'ai eu l'impression que le meuble m'était tombé sur la tête. Mes enfants jouaient dehors, j'ai couru aussi vite que mes jambes le pouvaient. Mes enfants étaient blessés ».*

À ce souvenir, ses jambes se mirent à trembler.

«J'ai cru mes enfants morts et depuis ce jour, je ne supporte plus d'entendre ni bruit, ni son fort. Cela me fait peur, je ne peux plus entendre le bruit des pétards... Je me mets à trembler et me mets par terre ».

Elle éclate en sanglots. Amal se rappelle le bruit du choc assourdissant, ses enfants allongés au sol, en sang. Un choc extrêmement violent pour elle. Comme si elle revivait la mort de ses enfants.

La vie en Irak a été pendant les années de guerre dramatique. La réalité devenant insupportable, Amal et sa famille ont subi un choc provoquant un effondrement psychique qui a désorganisé les mécanismes habituels d'adaptation.

Amal poursuit la narration de sa vie, une scène gravée dans sa mémoire, nous relatant les moindres détails. Récit mêlé de colère et de tristesse. Son regard est empli de détresse :

« Le 17 décembre 2010, nous étions seuls à la maison, et des hommes armés vêtus de costumes militaires ont pénétré dans notre salon. Ils se sont emparés de mon fils de 15 ans ainsi que de mon mari. J'ai crié, accouru vers mon fils, essayant de le tirer vers moi. Ils m'ont alors frappée au visage. Regarde les cicatrices qu'ils ont laissées, elles sont toujours là ».

Amal montre son visage, les cicatrices apparaissent très profondes.

« À ce moment-là, j'ai senti qu'ils m'enlevaient mon âme »

Elle fond en larme.

Date inoubliable pour Amal, comme si le temps s'était suspendu à ce moment-là. Amal se souvient du moindre détail : l'enlèvement de son fils et de son mari, les brutalités, les menaces, et les blessures.

Amal paraissait être en proie à ce « pire » qu'évoque R. Roussillon (2012) : *« ces expériences catastrophiques, ces vécus de mort psychique et d'angoisse extrême »*.³⁴⁴

« J'ai cherché partout mon mari et mon fils. Dans tous les postes de police, dans les hôpitaux, mais aucune trace d'eux deux. J'ai payé des personnes pour les rechercher mais personne n'a pas les retrouver. Elle se met à pleurer. Pour quelles raisons ont-ils pris mon fils, mon mari ? Où sont-ils ? Qui sont ces hommes ? » se demande Amal.

Amal, en proie à un sentiment de désespoir, cherche du sens où il y a « non-sens ». Le traumatisme doit aussi être envisagé comme un « non-sens » total. En effet, les sujets traumatisés sont dans l'incapacité de comprendre, de traiter et d'analyser ce qui leur arrive.³⁴⁵ Amal doit supporter cette souffrance et le ressent comme quelque chose de profondément injuste.

Amal a subi un choc violent, inattendu, le risque rencontré peut renvoyer à une intensité émotionnelle très forte dépassant les possibilités d'intégration psychique du sujet.

³⁴⁴ ROUSSILLON, R. Les logiques de survie et la rencontre clinique dans le livre : *Clinique de l'extrême*. Armand Colin, 2012, p. 289-304.

³⁴⁵ CHAHRAOUI, K. *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*. Paris : Dunod, 2014, p. 13.

« Après la disparition de mon mari et de mon fils, j'ai habité avec mes enfants chez ma mère. Cinq mois après, ma mère décédait. Mes beaux-parents ont décidé de me prendre mes deux enfants. Ils considéraient cela honteux, une femme qui vivait et élevait seule ses deux enfants. C'est à ce moment-là que j'ai décidé de quitter l'Irak. Mes beaux-parents voulaient me priver de mes deux enfants, alors j'ai réagi au plus vite. J'ai vendu tout ce que je possédais, même ma bague de mariage, et me suis enfuie pour la Syrie. Très rapidement, j'ai rencontré une famille syrienne qui m'a beaucoup aidée, prise en charge ».

La situation remet radicalement en question ce qui fonde une existence : son rôle en tant que mère. Amal a pris l'initiative de réagir. Malgré la souffrance, bien que seule, sans aide, elle a trouvé en elle la force inattendue qui lui a permis de réagir très vite afin de sauver sa vie et celle de ses enfants. Amal a refusé d'être dépossédée de son rôle de mère.

L'exil est très difficile, fuir sans savoir si un retour sera un jour possible, ne pas savoir si tout ira bien une fois dans le pays d'arrivée, faire face à une insécurité aussi bien externe qu'interne :

« La situation financière est très dure pour nous ici en Syrie. Je reçois un peu d'aide de l'ONU qui m'aide à nourrir mes enfants. Je ne dors pas la nuit, je pleure chaque soir. J'ai des migraines accompagnées d'intenses douleurs qui m'empêchent de lever ma tête. J'ai des troubles de la mémoire. Mon fils qui était attaché à son père s'est rappelé de la date d'anniversaire qui tombait ce jour. À cette évocation, il s'est effondré en larmes ».

C'est à travers le corps qu'un réfugié trouve les mots pour parler de son malheur, J. Bergeret (1995) précise *« qu'un individu n'est pas malade parce qu'il a des défenses mais bien parce que ses défenses sont inefficaces, trop rigides et mal adaptées aux réalités internes et externes »*.³⁴⁶ Ce qui peut se traduire par une utilisation systématique d'un mode défensif exclusif, sans souplesse et hors contexte. Les troubles corporels sont des processus désorganisateur qui empêchent les victimes de vivre normalement (G.-N. Fischer, 2003).³⁴⁷

Le regard lointain, les larmes gelées dans ses yeux pour ne pas se laisser submerger par la douleur, Amal dit : *« je me demande si mon mari et mon fils sont encore vivants, si oui, où ils peuvent bien être ; je contacte parfois un ami de la famille au cas où il entendrait quelque chose »*.

³⁴⁶ ANAUT, M. *La résilience - Surmonter les traumatismes*. Nathan, 2003, p. 86.

³⁴⁷ FISCHER, G.-N. *Les blessures psychiques : La force de revivre*. Odile Jacob, 2003, p. 61.

Amal souffre. Cette souffrance fait de sa vie un reflet du malheur qu'elle a vécu ; elle ressent un profond sentiment d'humiliation et d'injustice.

Au terme de notre entretien, nous interrogeons Amal : « *aujourd'hui, quelle sens donnez-vous à votre expérience ?* ».

Sa réponse fut : « La responsabilité » :

« *Je ne me suis jamais sentie comme aujourd'hui, jamais porté de responsabilité et aujourd'hui, je dois les porter. Jamais je n'en ai eu autant* ».

-2-Questionnaire d'évaluation du traumatisme

L'intensité de la manifestation du traumatisme est mesurée à l'aide d'une échelle se composant de nulle « 0 » à très forte « 3 ».

L'échelle A, composée de 8 items, concerne le ressenti **pendant le déroulement de l'événement**.

En effet, à cet item, Amal obtient un score de 21 (max = 24). Amal, à la question A (6) : « avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou assister à un spectacle insoutenable ? » répond avec le chiffre 3, très fort. Amal a subi et a été témoin d'un terrible événement où sa vie, celle de ses enfants ainsi que celle de son mari furent menacées. Son mari et son fils ont été enlevés devant ses yeux. Elle a crié, couru vers son fils afin de le sauver et d'empêcher les terroristes de le prendre, a été frappée et marquée dans son corps dont des cicatrices ont profondément marqué son œil.

Les échelles (B, C, D, E, F, G, H, I, J) abordent le ressenti actuel, c'est-à-dire **depuis l'événement**.

L'échelle B, vérifie l'omniprésence de l'évènement. La note brute obtenue à ce test est de 7 (max = 10 et plus). Cela traduit qu'Amal est envahie par des images d'horreur qui reproduisent l'évènement, la nuit est chargée d'angoisse, l'empreinte de la mémoire douloureuse est traduite à travers les cauchemars. Amal tremble lorsqu'elle repense aux événements traumatisants.

L'échelle C, vérifie le trouble du sommeil. La note obtenue est de 12 (max = 15). Cela révèle qu'Amal souffre de troubles du sommeil, elle a l'impression de ne pas dormir du tout et au réveil elle est fatiguée.

L'échelle D, vérifie l'état d'angoisse. La note obtenue à ce test de 11 (max = 14 et plus). Amal est devenue plus anxieuse depuis l'événement, elle évite les situations qui évoquent l'événement. Elle se sent en insécurité.

L'échelle E, vérifie les changements survenus sur le plan de la sensibilité perceptive (bruit, méfiance, irritabilité, colère, agressivité). La note obtenue de 9 (max = 15 et plus). En effet, Amal est plus attentive aux bruits, ils la font sursauter. Depuis l'événement, elle est devenue méfiante, et plus irritable. Par contre, elle n'a pas eu de comportement agressif.

L'échelle F, vérifie les changements et les réactions survenus sur le plan psychosomatique. La note brute obtenue est de 9 (max = 10 et plus). Amal souffre de maux de tête (conversion céphalées) insupportables. Lorsqu'elle repense à l'événement, elle tremble et se met à avoir mal à la tête.

L'échelle G, vérifie les troubles de mémoire et de concentration. À cette échelle, Amal obtient un score de 6 (max = 8). Les résultats obtenus révèlent qu'Amal a davantage de « trous de mémoire » qu'auparavant, et a de grandes difficultés à se concentrer, par contre, elle n'a pas de difficultés à se rappeler de l'événement.

L'échelle H, vérifie l'état de dépression, la note obtenue à ce test est de 7 (max = 18 et plus). Amal est fatiguée, ce qui se traduit par des crises de larmes. L'avenir lui paraît ruiné, mais par contre, on ne note pas de tendance à l'isolement et elle n'a pas perdu son énergie ainsi que son enthousiasme.

L'échelle I, vérifie la culpabilité, la honte, le changement dans sa façon de voir la vie. À ce subtest, Salam obtient un score de 11 (max = 17 et plus). En effet, Amal ne ressent ni honte, ni culpabilité, seulement de la colère depuis l'événement. Elle s'est sentie humiliée quand elle fut frappée par les hommes.

Sa vision de la vie a changé. Elle a le sentiment d'avoir changé.

L'échelle J, vérifie les répercussions sur la qualité de vie. La note brute obtenue est de 6 (max = 8 et plus). En effet, Amal est plus active qu'auparavant, mais ses performances ne

sont plus celles d'avant en raison de ses troubles de la mémoire. Elle ne trouve plus le même le plaisir qu'auparavant. Amal recherche la compagnie d'autrui.

Le Traumaq met en évidence l'existence d'un syndrome **psycho-traumatique fort**. Cela est corroboré par l'ensemble des notes obtenues au questionnaire.

-3- Echelle d'estime de soi de Rosenberg

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

1	-Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.					
2	-Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.					
3	-Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.					
4	-Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.					
5	-Je sens peu de raison d'être fier de moi.					
6	-J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.					
7	-Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.					
8	-J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.					
9	-Parfois, je me sens vraiment inutile.					
10	-Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.					

Amal a obtenu un score de 31.

Le test de Rosenberg, révèle qu'Amal a **une estime de soi dans la moyenne.**

La vie d'Amal est marquée par plusieurs événements douloureux et destructeurs.

Amal fut contrainte à un mariage avec un homme plus âgé qu'elle, obligée de partager son lit avec un homme qu'elle n'aimait pas. Comme si Amal était un objet, elle n'est plus un être subjectif mais une cuisinière, une femme de ménage, une esclave sexuelle, mère porteuse, sans aucun droit dans l'éducation de ses enfants.

Amal a subi des événements terribles, témoin de l'enlèvement de son fils et de son mari, elle a été maltraitée et humiliée. Amal vivait dans un environnement où le sentiment de sécurité et de stabilité étaient atteints. Certaines situations, notamment des contextes difficiles et menaçants, peuvent avoir un impact sur le niveau d'estime de soi (e.g. Ritter, Stewart, Bernet, Coe & Brown, 2002).³⁴⁸

L'estime que nous avons de nous-mêmes, l'évaluation que nous nous faisons de nous, va dépendre de ce que l'on vit et de la façon dont on fait face aux difficultés, mais va aussi en retour, influencer la manière dont on y fait face.

Tous ses facteurs entraînent une diminution de l'estime de soi. Bien qu'Amal ait été confrontée de façon répétée à des épisodes menaçants, cela ne l'a jamais fait douter sur sa réelle valeur.

En effet, à la question I : 4 : « depuis l'événement, vous sentez-vous dévalorisée ? », la réponse d'Amal s'est traduite par le chiffre « 0 » : nul.

Si l'estime de soi peut favoriser l'ajustement, c'est sans doute qu'elle a une influence dans la gestion du stress de la vie quotidienne.

Les réponses à l'échelle de l'estime de soi révèlent qu'Amal a une attitude positive vis-à-vis d'elle-même. « *L'image positive de soi est une composante de l'adaptation, dans la*

³⁴⁸ GOBANCÉ, L., BERJOT, S., PATY, B. Rôle et place de l'estime de soi dans le modèle transactionnel du stress. In : *Stress et faire face aux menaces du soi et de l'identité*. Épure, Presses universitaires de Reims, 2008, p. 127.

*mesure où elle favorise l'épanouissement, l'affirmation de la personnalité, la réalisation individuelle et l'intégration sociale ».*³⁴⁹

L'estime de soi, en tant que ressource résilience, permet de mettre en place des stratégies de protection de soi et des aménagements adaptatifs pour faire face à une situation difficile.

En dépit de ses souffrances, Amal, à travers son récit, montre une capacité à faire face (*coping*), à s'adapter aux situations, et à réagir pour sauver ses enfants.

-4- Analyse et discussion du cas Amal

La vie d'Amal est tracée par la douleur. À l'âge de 15 ans, elle fut forcée à se marier. En effet, le mariage et les grossesses précoces privent les jeunes filles de leurs droits d'enfance comme le droit à l'éducation, le droit de jouer, le droit à la protection et à la tendresse, ainsi qu'au développement naturel, mais en plus, cela les expose à diverses violations physiques, mentales et sexuelles.³⁵⁰

Sa vie conjugale ne fut pas facile en raison du caractère difficile de son mari ainsi que de sa mésentente avec ses beaux-parents. Ajouté à cela une grande précarité financière qui a rendu Amal et son mari dépendants financièrement des parents.

Amal a vécu tous ses problèmes familiaux dans un contexte de guerre, de bombardements, de morts, de terrorisme, qui est apparu avec la guerre civile.

Amal a situé dans son récit plusieurs événements traumatisants :

- Le temps du bombardement et ses enfants qui furent blessés. À ce moment-là, elle les croyait morts.
- L'enlèvement de son mari et de son fils par un groupe de terroristes dont elle fut témoin. Amal et sa famille ont été directement menacés, sa réaction fut celle de n'importe quelle mère voulant sauver son fils : elle a crié et couru vers son fils afin de le sauver,

³⁴⁹ BARDOU, E., OUBRAYRIE-ROUSSEL, N. *L'estime de soi*. Éditions in Press, 2014, p. 214.

³⁵⁰ OUARDI, Z. de l'UAF, cité dans l'article : *Mères mineures - Le mariage précoce prive les filles de leurs droits d'enfance*. SAKHI, H. 2013.

n'hésitant pas à mettre sa vie en danger. Sa réaction fut une réaction d'alerte et de mobilisation, réaction immédiate adaptative, Amal a été battue violemment.

Les chocs qu'Amal a subis ont en outre la particularité de se poursuivre par des phénomènes de répétition, sous la forme de souvenirs forcés, l'empêchant de s'endormir et parfois la réveillant en sursaut, terrorisée.

Après ses évènements troublants, Amal a perdu sa mère, seule personne qui restait de sa famille, et laissée Amal seule avec ses enfants, perdant ainsi un étayage dans la vie, face à des beaux parents souhaitant la déposséder de ses enfants. Cela a contraint Amal à prendre la décision de quitter l'Irak avec ses enfants, et de prendre le chemin vers la Syrie. Chemin dangereux vers l'inconnu, Amal arrive en Syrie avec ses enfants, sans argent, sans domicile, déracinée. Vivre en exil, un autre épisode traumatisant auquel est confrontée Amal. Pour Amal, le fait même de vivre est à bien des égards une épreuve qui exige des adaptations souvent difficiles et coûteuses. Quel est leur sens et à quelles ressources psychiques fait-elle appel ? En effet, Amal est sortie grandie par l'évènement, B. Cyrulnik (1999) propose la métaphore de la perle pour illustrer l'oxymoron de ce « merveilleux malheur » du fonctionnement de la résilience (cité par M. Anaut, 2003). « C'est-à-dire, comment à partir d'une blessure et d'une souffrance, le sujet peut en faire une expérience qui sera potentiellement fructueuse pour lui. Le résilient élaborerait un oxymoron dont le modèle est celui de la perle fabriquée par l'huitre en réponse à une agression ». ³⁵¹

Amal a adopté la stratégie du « faire face », commencé par le travail de la pensée, à saisir la signification de ses expériences au lieu de se trouver passivement bouleversées par elles. Amal a réagi dans la nécessité d'exister... fuir avec ses enfants avant d'être dépossédée de son rôle en tant que mère. R.-S. Lazarus & S. Folkman (1984) ont proposé le concept de « *coping* » (de l'anglais *to cope* = faire face) pour évoquer « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, à réduire ou à tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu ». ³⁵² Il peut s'agir d'une réponse à une situation stressante qui peut passer plus ou moins inaperçue et s'avérer plus ou

³⁵¹ ANAUT, M. *La résilience - Surmonter les traumatismes*. Nathan, 2003, p. 56.

³⁵² SHANKLAND, R. *La psychologie positive*. Paris : Dunod, 2014.

moins rationnelle. Le *coping* centré sur la situation stressante vise l'adaptation du sujet à la situation traumatisante en rapport direct avec le concept de résilience.³⁵³

L'impact du traumatisme chez Amal :

Le test de Traumaq met en évidence l'existence d'un syndrome psycho-traumatique fort.

On observe chez Amal un syndrome de répétition. L'évènement traumatique est revécu sous forme de souvenirs répétitifs provoquant un sentiment de détresse et rêves répétitifs de l'évènement qui donnent lieu à un sommeil interrompu. Le trauma a un impact sur son corps, plaintes somatiques : douleurs à la tête (conversion céphalées) insupportables.

On observe également chez Amal des troubles de la mémoire qui sont caractérisés par l'inversion paradoxale : Amal oublie ce qu'elle voudrait garder en mémoire (les événements non traumatiques) et retient ce qu'elle voudrait oublier (les événements traumatiques). En effet, les troubles de la mémoire sont au centre de la symptomatologie post-traumatique.³⁵⁴ Pour P. Janet (1919) et ses héritiers, les « amnésies traumatiques » sont composées d'éprouvés physiologiques, d'impressions sensorielles et de mouvements variés ainsi que de vécus affectifs et cognitifs (pensées, idées) partiels ou désintégrés.

La signification subjective est le sens que le sujet donne à cette expérience et l'aspect affectif qu'elle prend pour lui. À la fin de notre entretien, Amal, à la question : « *aujourd'hui, quel sens donnez-vous à votre expérience ?* », répond : « la **responsabilité** ». La responsabilité qui a donné sens à son existence. Le rétablissement doit comporter la capacité de vivre avec l'évènement, en conservant un moral raisonnablement bon, plutôt que de le contourner.³⁵⁵

En effet, Les évènements douloureux ont transformé Amal. D'une femme sans voix à une femme responsable, une femme qui s'est battue pour défendre son existence, son rôle et protéger ses enfants. Le précepte de S. Freud est que l'homme ne peut parvenir à donner un sens à son existence que s'il lutte courageusement contre ce qui lui paraît être des inégalités

³⁵³ MEKIRI, K. Considération Théoriques sur la résilience. In *Psychothérapies, Pathologies limites et Résilience*, sous la direction de Fatima Moussa. Édition CASBAH, 2010, p. 319.

³⁵⁴ JOSSE, E. *Métaphore et Traumatisme psychique, psycho-solutions*, 2013.

³⁵⁵ GARLAND, C. *Comprendre le traumatisme*. Édition du Hublot, 2001.

écrasantes.³⁵⁶ Tel est exactement la signification qu'Amal voulait dire à travers le mot, « la responsabilité ». En effet, la responsabilité lui a donné une valeur structurante, organisatrice, contenante. La responsabilité a permis une réparation de manière intersubjective des manques affectifs qu'elle perçoit au niveau intrapsychique. Dans le cas d'absence de soutien et de relation de sécurité intrafamiliale (dans la famille d'origine ou de suppléance), c'est dans le cadre d'un réseau social tissé que l'individu peut trouver une alternative qui lui permettra de pallier la carence familiale et de trouver une sécurité interne. Il s'agit donc d'une approche de l'attachement pouvant se modifier au cours du développement. Le sentiment de sécurité interne serait lié au sentiment d'appartenance à un réseau social et relationnel (M. Anaut, 2003).³⁵⁷

Le centre de réfugiés où les femmes irakiennes (qui ont un passé douloureux en commun) se rencontrent offre à Amal un espace de transition où elle peut parler directement de ce qu'elle a vécu. Ensuite, à travers la décharge émotionnelle, la reconforte et lui apporte des informations sur ce qui lui est arrivé en l'aidant à prendre conscience du fait que ses réactions sont partagées. Amal se sent avoir une place, un ancrage social, un lieu de reconnaissance. L'élaboration psychique de l'événement traumatique, de la mise en pensée et du sens donné, tout ce travail d'élaboration se fait en s'appuyant sur des ressources internes et externes.

-5-Conclusion concernant le cas Amal

Le test de Traumaq met en évidence l'existence d'un **syndrome psycho-traumatique fort**.

Le test de l'estime de soi révèle qu'Amal a une **estime de soi moyenne**.

L'analyse clinique du Traumaq montre qu'Amal présente un syndrome de répétition du traumatisme. Hors, si la répétition est constructive, cela permet à la personne de donner du sens à l'événement (tentative de symbolisation). En revanche, si la répétition n'est pas constructive, elle révèle que l'enveloppe psychique est « trouée » et se traduit par l'échec de symbolisation.

³⁵⁶ BETTELHEIM, B. *Psychanalyse des contes de fées*. Pocket, 1999.

³⁵⁷ ANAUT, M. *La résilience - Surmonter les traumatismes*. Nathan, 2003, p. 73.

Amal est dans une tentative de symbolisation.

Pour conclure, malgré la douleur de l'exil, et la souffrance de vivre dans l'attente (attendre son fils et son mari), Amal est plus forte et fait preuve de responsabilité et d'adaptation, M. Anaut (2003) dit : « *la résilience n'est pas synonyme d'invincibilité ni d'insensibilité, mais évoque en revanche l'idée de souplesse et d'adaptation* ». ³⁵⁸

C'est en apprenant à vivre avec les souffrances personnelles que le sujet se prépare à supporter le spectacle de la douleur humaine.

Amal est dans une tentative de symbolisation.

Les résultats obtenus, vont dans le même sens que notre hypothèse : pour se construire après un traumatisme, donner du sens et symboliser l'événement douloureux, cela nécessite d'une part :

*-d'avoir une **enveloppe psychique assez forte.***

Et d'autre part :

*- d'avoir **une estime de soi positive***

En ce qui concerne son vécu en exil :

Amal reprend sa vie en main et assume son rôle en tant que mère. Cette responsabilité lui a donné une valeur, ce qui renforce l'estime de soi. En Irak, Amal était une femme soumise. Elle n'avait pas le droit de décider de sa vie ni de la vie de ses enfants.

En Syrie, Amal travaille. Elle a réussi à trouver sa place en dépit des difficultés.

Pour conclure, on peut dire que la migration, pour Amal, est porteuse de potentialités créatrices.

³⁵⁸ ANAUT, M. *Trauma, vulnérabilité et résilience en protection de l'enfance*. Connexions 1/2002 (N° 77), p. 101-118

Ce qui confirme notre deuxième hypothèse :

L'influence de l'exil sur l'estime de soi a des conséquences sur le vécu traumatique.

Lorsque l'exil est positif, il renforce l'estime de soi, lorsque l'exil est négatif, il affaiblit l'estime de soi.

III.1.9. AMINA

L'histoire d'Amina :

Nous présentons le récit de vie d'Amina, les résultats obtenus au questionnaire d'évaluation du traumatisme, « le Traumaq », ainsi que le test relatif à l'estime de soi.

-1-Récit de vie

Amina est une femme irakienne âgée de 49 ans. Elle a trois enfants. Elle est arrivée en Syrie en 2006, fuyant la guerre civile en Irak.

Amina est entrée dans la salle, souriante, le regard emplis de tendresse et cherchant le contact. Mais un regard reflétant une profonde tristesse et dont se dégage une certaine vulnérabilité.

Après un petit moment de présentation, nous lui demandons de parler de l'événement le plus douloureux, le plus marquant pour elle.

Ses yeux se remplissent de larmes et elle répète :

« Évènement traumatisant, marquant, un évènement ! Toute ma vie est marquée par le traumatisme, le parcours de ma vie est inoubliable, inoubliable ! La période de guerre a été très dure. Les soldats américains sont entrés de façon violente chez nous. Il faisait nuit. Ils ont mis un sac noir sur la tête de mon mari et de ma fille. Ils ont attaché nos mains. Mon fils a pu s'échapper en grimpant sur un arbre. J'étais terrifiée, au point que je ne pouvais bouger mon pied, mon nez s'est mis à saigner ainsi que ma bouche. Je ne savais d'où venait ce sang, ma mâchoire tremblait. À ce moment, je ne pensais qu'à mes enfants. J'avais tellement peur pour eux ».

Amina fond en larmes, son corps est parcouru de tremblements.

Le temps semble suspendu pour Amina à cet instant traumatique, elle évoque cet épisode de sa vie à renfort de détails. Les sensations sont présentes. Amina est paralysée par la peur. La tension émotive est provoquée par l'attente de la mort.

C. Barrois (1998) à ce propos : « *on sait, ce qu'est un cadavre, mais on ne sait rien de la mort* ». ³⁵⁹

Amina continue de décrire la situation :

« Les soldats américains sont montés dans nos chambres, ils ont volé tous nos bijoux, l'or, les téléphones portables, tout ce qui avait de la valeur, ils n'ont rien laissé. Depuis le jour où les Américains ont envahi notre pays, l'Irak, la vie est devenue très, très difficile pour nous ».

Le passé douloureux se réveille ainsi que les années de guerre, de souffrance, de peur.

« Qu'est-ce que je peux vous raconter, événement douloureux : mon beau-fils a vu ses amis mourir, tués devant ses yeux. Il a eu un grand choc. Suite à cela, il a quitté l'Irak pour aller s'installer en Jordanie. Peu de temps après, les médecins lui ont diagnostiqué un cancer. Il est parti aux États-Unis se faire soigner. Il y est resté deux long mois. De retour en Jordanie pour suivre sa thérapie, le traumatisme était si fort qu'aucune thérapie n'a fonctionné, le cancer s'est propagé dans tout son corps. Avec mon mari et pour soutenir ma fille, nous nous sommes rendus en Jordanie. J'ai laissé ma petite fille chez son oncle. À notre retour, nous avons vu notre maison réquisitionnée par les soldats américains qui en ont fait leur quartier général. Je n'avais plus de maison. Je l'avais appris par ma famille qui m'envoyait des photos de ma maison telle qu'elle était devenue. Ce fut un choc pour moi, j'ai fondu en larmes. On ne peut pas discuter avec les Américains, ils n'écoutent personne, ils sont orgueilleux et violents ».

L'attachement d'Amina pour sa maison la rend nostalgique quant à sa perte ou son éloignement. Amina perd sa maison où il y a ses affaires mais plus que cela, ses souvenirs avec son mari et ses enfants. Chaque coin et recoin représente une partie de sa vie, c'est son intimité, son espace psychique qui a été volé, violé.

« Je suis restée un moment en Jordanie avec ma fille, puis nous sommes rentrées en Irak. Quand je suis rentrée, chez moi, j'ai découvert que les soldats américains avaient jeté nos affaires, les sous-vêtements de ma fille, exposés au regard de tous. Je ne peux pas vous

³⁵⁹ BARROIS, C. *Les névroses traumatiques*. Paris : Dunod, 1998, p. 197.

expliquer. Ils n'ont ni honte ni cœur. J'ai crié. Ils sont immoraux, ils n'ont pas le droit de faire cela. C'était notre maison. Quand je suis entrée, un interprète m'a violemment délogée de chez moi pour éviter que les soldats américains ne me frappent. »

Moment fort où Amina fut agressée physiquement et verbalement. Amina éprouve de la colère face à l'injustice mais ressent aussi un fort sentiment d'humiliation.

« Je suis allée chez ma fille, je n'ai plus de maison. Mon beau-fils est mort des suites de son cancer, deux mois après son retour des États-Unis. Cela fut encore plus dur pour ma fille. Ses voisins se méfiaient d'elle, la considéraient comme une espionne. Ils lui reprochaient son séjour aux États-Unis et la menaçait de kidnapper ses enfants. Ma fille a fui au Canada avec ses deux enfants. Ma fille est très loin maintenant, elle me manque, je suis inquiète pour elle, elle est seule avec ses enfants dans un pays si lointain, si étranger, si différent de notre culture. Ma fille est si loin, mon mari est mort ».

« Un jour sombre, les Américains sont entrés dans le quartier à la recherche de combattants. Ils ont enlevé beaucoup d'hommes dont mon mari. Ça a été un moment terrible. J'ai crié, leur demandant pourquoi ils l'attachaient, où ils comptaient l'emmener. Mais rien, le silence. Au terme d'un mois, ils l'ont libéré mais quelques semaines plus tard, il est tombé malade et est mort. Il est parti et m'a laissée seule ».

Après un long silence, nous lui demandions comment elle était arrivée en Syrie.

« Je suis venue pour rendre visite à ma fille, elle est étudiante à l'université de Homs. En Irak, la guerre civile s'est déclenchée entre sunnites et chiïtes, ma fille était à l'université, mais étant sunnite, et l'équipe de l'université étant chiïte, les conflits intercommunautaires sont devenus insupportables. Ma fille fut contrainte de redoubler son année, ils ont détruit ma fille. Elle est passée par une période de déprime. En Irak, chaque jour, des hommes de l'armée d'ALMIHDI frappaient à notre porte nous menacer. Nous avons beaucoup souffert, beaucoup. Les mots sont incapables de traduire ce que j'ai vécu, vous m'avez dit événement traumatisant, j'ai vécu trop de choses qui destructrices : la guerre, la mort, la destruction, l'humiliation, j'avais tellement peur pour mes enfants ».

La parole d'Amina, c'est un langage spécifique des blessures. Vivre avec ses blessures, c'est donc vivre avec ses souffrances.³⁶⁰

³⁶⁰ FISCHER, G.-N. *Les blessures psychiques*. Odile Jacob, 2003, p. 59.

« *Quand je suis arrivée en Syrie, je suis tombée malade, j'avais des vertiges vestibulaires. Je n'entends plus, je ne sais pas ce qui arrive à mon oreille gauche, j'avais des sifflements aux oreilles, j'ai toujours les sifflements dans mon oreille, ils ne partent pas. J'ai de l'hypertension artérielle, je pleure tout le temps, jour et nuit, mon fils est tout seul en Irak, je suis inquiète pour lui, trop inquiète. La famille est dispersée* ».

G.-N. Fischer (2003) a dit : « toute souffrance s'inscrit dans le corps ; il en est la trace et donc aussi la mémoire, les atteintes corporelles qui l'ont marquée sont les points d'impact de sa souffrance ».³⁶¹

L'exilé suggère des efforts, des opérations sur le mode d'adaptation, Amina est exilée en Syrie et elle est condamnée à nouveau à l'exil :

« *Dès notre arrivée en Syrie, nous nous sommes installés à Homs. Psychiquement, j'étais détruite. Dès qu'on commence à s'adapter, des liens de sécurité commencent à se tisser. Malheureusement, ce qui s'est passé en Irak se reproduit ici. On dû quitter Homs, on a fui les bombardements, les terroristes. Nous étions des émigrés à Homs. On a vécu l'immigration. Nous avons des membres de notre famille installés à Damas et ils nous ont interdit de retourner à Homs. La situation était devenue bien trop dangereuse. On est donc restées à Damas. En Irak, je n'ai plus de maison. C'est difficile de vivre de l'aumône des autres, d'être à leur charge.* »

La blessure narcissique profonde provoquée par cet événement est perceptible. Un nouvel épisode traumatisant, Amina fuit la mort avec sa fille, elle se retrouve de nouveau sans abri, sans maison, sans argent et dans un nouvel environnement. Sur quel cadre Amina peut-elle s'étayer ?

La situation a généré des sentiments intenses de détresse psychique.

Pour R. Kaës (1998), « *la rupture est le vécu de la crise ; cette rupture est à la fois séparation et arrachement* ».³⁶²

Aux inquiétudes d'Amina s'ajoutent un fort coefficient d'incertitude. Celui qui entreprend un long voyage ne sait pas s'il reviendra. Le départ peut être provisoire, comme définitif.

³⁶¹ FISCHER, G.-N. *Les blessures psychiques*. Odile Jacob, 2003, p. 60.

³⁶² KAËS, R. *Différence culturelle et souffrances de l'identité*. Paris : Dunod, 2008.

Dans le cas d'Amina, le pays d'accueil est en proie à une guerre. Où elle va, le danger, le sang, la mort fait partie de son quotidien :

« Hier, l'Irak ; aujourd'hui, c'est au tour de la Syrie. J'ai peur, la peur est enfouie au fond de nous et elle est difficile à arracher. »

Le traumatisme constitue ainsi une rupture dans la continuité du soi qui perturbe la confiance qu'Amina a dans le monde.³⁶³

En exil : Amina subit l'humiliation d'être devenue dépendante financièrement de l'aide de sa famille.

« Ici à Damas, les loyers sont très chers, nos proches nous ont aidés à trouver un petit appartement, un rez de jardin, très sombre comme une tombe, je ne vois aucune lumière d'espoir, j'ai la nostalgie de mon pays mais j'ai peur d'y retourner, j'ai perdu ma maison ».

Exilé signifie être « hors-lieu ». L'effet de l'exil doit pouvoir être élaboré subjectivement dans certaines conditions, pour que le déplacement du sujet, sa migration, devienne un exil réussi, mais dans la situation d'Amina, où les circonstances de vie ne le permettent pas, les conditions de la métabolisation de l'effet d'exil sont radicalement absentes.

« Ah, Ah, ma vie est très dure. En Irak, il n'y avait plus d'électricité : chaque matin, j'emmenais ma fille à l'école, parfois sous le feu des balles. Oh, combien de fois, avons-nous failli mourir ? Nous baissions nos têtes et courrions aussi vite que nous le pouvions afin de sauver nos vies ».

La mémoire traumatique est une empreinte figée qui n'évolue pas. Elle surgit le jour de manière inopinée, parfois évoquée par un simple indice perçu dans le milieu (B. Cyrulnik, 2012),³⁶⁴ l'image d'horreur est présente :

« J'ai traversé des moments très difficiles, c'est très difficile de le traduire par des mots, c'est très difficile d'exprimer mes sentiments, la peur est plantée au fond de moi. Pendant le conflit, les bruits de bombardements nous réveillaient en sursaut. Je ne peux pas en parler, je n'arrive pas à l'exprimer. J'ai appris à cacher ma douleur. Je souffre en silence. Je me

³⁶³ CHAHRAOUI, K. *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*. Paris : Dunod, 2014, p. 34.

³⁶⁴ CYRULNIK, B. *Sauve toi – la vie t'appelle*. Odile Jacob, 2012, p. 267.

referme sur moi-même et pleure en cachette afin de ne pas être vue par les autres. Je n'oublierai jamais ce qui nous est arrivés ».

L'expression de la souffrance se fait par le comportement ou s'exprime par le corps. P. Ricoeur complète en disant que « *la souffrance n'est pas uniquement définie par la douleur physique, ni même par la douleur morale, mais par la diminution voir la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir faire, ressentis comme une atteinte à l'intégrité de soi* ». ³⁶⁵

Les traumatisés disent qu'ils sont devenus autres. E. Simmel (1918) parle d'un « *changement d'âme* ». ³⁶⁶ Le traumatisme rompt la chaîne de la temporalité créant une nouvelle chronologie dans laquelle le sujet ne se sent plus le même. ³⁶⁷

« Ma vie est tellement changée. Avant, j'étais quelqu'un de très sociable, calme, et maintenant, je m'énerve facilement. L'avenir demeure inconnu, rien ne me fait plaisir, je n'ai aucun goût pour la vie, même si je me montre heureuse, je mets un masque de jouissance, mais ça ne marche pas. Psychologiquement je suis détruite ».

Le traumatisme affecte le fonctionnement psychique, la structuration de la personnalité et laisse des traces durables au sens où le rapport aux événements, à soi-même et aux autres est modifié. ³⁶⁸

« Je souffre beaucoup, la vie est devenue très dure pour moi, la situation m'oblige à être loin de mon fils et de ma fille, de mon pays. Ma fille est au Canada, mon fils est en Irak. Je suis nostalgique de mon pays, mais j'ai peur d'y retourner. J'ai besoin de tendresse, le cocon familial me manque beaucoup. Je prie dieu pour qu'il nous protège et qu'il nous réserve des jours meilleurs. Que l'humiliation de notre situation cesse et qu'on puisse enfin avoir la tête haute. Je n'ai jamais détesté quelqu'un, mon cœur ne connaît pas la haine. Même les soldats américains et malgré ce qu'ils nous ont fait subir, la souffrance infligée aux Irakiens, je ne les déteste pas ».

« C'est un grand complot contre les Arabes et les musulmans, depuis le temps de Saddam, c'est un grand complot ».

³⁶⁵ RICOEUR, P. *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil, 1996, p. 223.

³⁶⁶ Article tiré du web : Le traumatisme psychique dans la pensée psychiatrique Francophone (p. 6) GEOPSY.COM, *Psychologie interculturelle et psychothérapie*.

³⁶⁷ SILVESTRO-TEISSONNIERE, C. *La migration traumatique, une pathologie du lien : Souffrance psychique et souffrance corporelle chez les mineurs isolés étrangers*. Université de Rouen, année 2010-2011, p. 11.

³⁶⁸ JOSSE, E. *Métaphore et traumatisme psychique*, p. 12.

Amina n'a pas de difficulté à gérer ses émotions.

Quand elle prononce « si Dieu le veut », phrase adoptée par les musulmans pour traduire une forte confiance en Dieu, le grand puissant qui veille sur elle.

Comme l'a souligné J. Cottraux (2007), « si Dieu le veut » est une phrase qui ponctue la vie d'un musulman. Cette conception pessimiste en apparence peut receler un certain optimisme et créer une sorte de quiétude qui s'oppose au besoin de tout contrôler, qui est au premier plan de la pensée occidentale.³⁶⁹

Pour conclure notre entretien, nous lui demandons quel sens elle attribue aujourd'hui à son expérience.

Amina répond : « *soyez clément avec l'être humain, il ne nous laisse pas vivre, il ne nous laisse pas nous sentir en sécurité, il nous a détruit psychiquement* ».

« *L'Irak c'est le pays de l'hospitalité. Aujourd'hui, nous sommes dispersés, je suis fatiguée, on veut la clémence, la sécurité, pourquoi nous faire du mal. Je ne ressens pas de stabilité* ».

Avant de partir, Amina s'est approchée, nous a serré la main, tout en posant une bise sur notre joue. En pleurant, elle nous remercie de l'avoir écoutée. Elle essuie ses larmes et quitte la pièce.

Quand l'environnement culturel est gelé, le blessé reste seul avec son trauma encrypté dans la mémoire (B. Cyrulnik).³⁷⁰ Mais le blessé peut s'exprimer quand il trouve dans l'empathie quelqu'un qui peut l'écouter et le soutenir.

-2-Questionnaire d'évaluation du traumatisme

L'intensité de la manifestation du traumatisme est mesurée à l'aide d'une échelle se composant de nulle « 0 » à très forte « 3 ».

L'échelle A (8 items) vérifie les réactions immédiates, physiques et psychiques **pendant le déroulement de l'évènement**. En effet, Amina, à cet item, obtient un score de 23 qui est très élevé, (max = 24). Amina s'est sentie mourir à plusieurs reprises.

³⁶⁹ COTTRAUX, J. *La force avec soi - Pour une psychologie positive*. Paris : Odile Jacob, 2007, p. 55.

³⁷⁰ CYRULNIK, B. *Sauve-toi, la vie t'appelle*. Paris : Odile Jacob, 2012, p. 262.

À la question A6 ; « avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou assister à un spectacle insoutenable ? » sa réponse était le chiffre 3, très fort. Pendant la guerre, lorsque les Américains sont entrés violement chez elle, Amina fut submergée par une angoisse et s'est retrouvée dans un état de terreur dont la réaction ne put être que l'impuissance.

Les échelles (B, C, D, E, F, G, H, I, J) abordent le ressenti actuel, c'est-à-dire **depuis l'événement**

L'échelle B (4 items) vérifie le symptôme pathognomonique de répétition : les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, les flashes, et l'angoisse attachée à cette répétition. Les répétitions pathognomoniques du traumatisme psychique sont constantes et intenses. La note brute obtenue à ce test est de 12 (max = 10 et plus), elle correspond à la note maximale. Le passé douloureux est toujours présent, les images s'imposent à Amina dans la journée sous forme de *flash-back* et de souvenirs intrusifs sur fond d'angoisse majeure.

L'échelle C (5 items) vérifie le trouble du sommeil. La note obtenue est de 11 (max = 14 et plus). Les nuits d'Amina sont caractérisées par des réveils nocturnes qui l'empêchent de dormir et qui la fatiguent au réveil. Elle fait des cauchemars, ses nuits sont chargées d'angoisse.

L'échelle D (5 items) vérifie l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements phobiques. La note obtenue à ce test est de 11 (max = 14). L'anxiété envahit toutes les sphères psychiques (item D1) et sociales (item D3-D4-D5). Amina ne peut plus retourner sur des lieux en rapport avec l'événement, elle ne peut plus écouter les infos. Elle se sent en insécurité.

L'échelle E (6 items) vérifie l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hyper vigilance et l'hypersensibilité. La note obtenue est de 9 (max = 15 et plus), elle est devenue plus attentive au bruit, elle est plus irritable qu'avant et s'énervé facilement pour n'importe quelle raison.

L'échelle F (5 items) vérifie les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles additifs. La note brute obtenue est de 12 (max = 10 et plus), elle révèle qu'Amina, verbalise ses souffrances à travers son corps, si elle repense à l'événement, elle sent survenir des maux de tête et se met à trembler. Au moment du choc, sa réaction fut épistaxis. Amina souffre d'une hypertension et d'un problème de sifflement dans l'oreille, débordement de l'oreille lié à un choc traumatique.

L'échelle G (3 items) vérifie les troubles cognitifs (mémoire, concentration, attention), à cette échelle Amina obtient un score de 6 (max = 8). Amina ne parvient pas à se concentrer ou à manifester une quelconque attention à ses tâches quotidiennes et elle a davantage de « trous de mémoire ». Par contre, elle n'a pas de difficultés à se rappeler l'événement douloureux.

L'échelle H (8 items) vérifie les troubles dépressifs (désintérêt générale, perte d'énergie et d'enthousiasme, tristesse, lassitude, envies de suicide). La note obtenue est de 13 (max = 17 et plus). Amina se plaint d'un état dépressif. Elle pleure sans cesse et dit que la vue d'un enfant la fait pleurer.

L'échelle I (7 items) vérifie le vécu traumatique : culpabilité, honte, atteinte de l'estime de soi, sentiments violents et colère, impression d'avoir fondamentalement changé. À ce test, Amina obtient 4 (max = 17 et plus), Amina n'éprouve ni honte ni culpabilité, mais elle est vulnérable et se sent humiliée par rapport à sa situation financière en exil. Amina a l'impression que sa vie a définitivement changé et qu'elle ne sera plus jamais la même.

L'échelle J (11 items) vérifie la qualité de vie. La note obtenue est de 3 (max = 8 et plus), Amina n'a pas trouvé de soutien de la part de ses proches. Elle recherche la compagnie de l'autre. Elle ne trouve plus le même plaisir qu'auparavant.

L'entretien clinique met en évidence un syndrome **post-traumatique intense** (figure 4.2 : profil A), ce qui est corroboré par l'ensemble des notes obtenues au questionnaire.

-3-Echelle d'estime de soi de Rosenberg

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

		1	2	3	4
1	-Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.			X	
2	-Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			X	
3	-Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme une rate.			X	
4	-Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.		X		
5	-Je sens peu de raison d'être fier de moi.		X		
6	-J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.			X	
7	-Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			X	
8	-J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.		X		
9	-Parfois, je me sens vraiment inutile.		X		
10	-Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			X	

Amina a obtenu un score de 27.

Le test de l'estime de soi nous révèle qu'Amina a une **estime de soi faible**.

À la question I (4) : « depuis l'événement, vous sentez-vous dévalorisé ? », sa réponse s'est traduite par le chiffre **0**. Par contre, elle se sent humiliée d'être financièrement dépendante des autres. C'est blessant de quémander de l'argent.

La souffrance parle à travers le corps,³⁷¹ Amina souffre d'un trouble de la mémoire. Elle éprouve de grandes difficultés à faire les tâches du quotidien. Son image d'elle et de sa capacité à faire les choses est dégradée.

³⁷¹ FISCHER, G.-N. *Les blessures psychiques*. Odile Jacob, 2013, p. 61.

En effet, Amina a affronté plusieurs événements traumatiques et subi plusieurs pertes, elle vit dans un climat où le sentiment de sécurité est anéanti.

L'avenir pour Amina paraît sombre, Elle est vulnérable. En Irak, les Américains ont pris sa maison, le lieu de son intimité, de ses souvenirs. Amina a été dépossédée de son espace psychique. En Syrie, alors qu'elle se reconstruisait de nouveau un nid, la situation s'est répétée, elle se retrouve de nouveau sans toit. Un environnement instable et un manque de sécurité ont des conséquences négatives sur l'estime de soi.

Tous ces facteurs ont affaibli son estime de soi ; malgré les épreuves, Amina demeure tout de même consciente de sa valeur.

Malgré toute cette souffrance, elle n'éprouve au fond d'elle aucun sentiment de haine. Elle prie Dieu pour que les jours à venir soient meilleurs, ce qui reflète un certain degré d'optimisme. Amina possède au fond d'elle, une confiance que lui confère sa foi en Dieu. La valeur morale qui est en accord avec le code de la religion lui inspire sa force psychologique.

-4-Analyse et discussion du cas Amina

Amina a fait l'expérience de situations hautement traumatisantes dans sa vie, lesquelles peuvent être accompagnées d'une grande douleur émotionnelle. La violence des soldats américains où elle a senti que sa vie et celle de ses proches étaient menacées, entrevoyant la mort de près, ressentant terreur et sentiment d'impuissance.

Elle a développé un état dépressif et anxieux. Cet événement a créé une véritable sidération de l'appareil psychique. En effet, par sa violence, le choc crée une rupture du pare-excitation de l'image traumatique, comme un « corps étranger », qui fait alors éternellement retour par défaut d'élaboration. Un choc traumatique qui se traduit chez elle par un syndrome de répétition.³⁷²

Le deuxième événement qu'Amina situe dans son parcours, c'est la perte de sa maison. Ces deux événements douloureux ont une signification particulière dans l'histoire d'Amina.

³⁷² CHAHRAOUI, K. *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*. Paris : Dunod, 2014, p. 33.

Amina a subi plusieurs guerres, plusieurs déracinements. Situations qui se répètent entraînant la fuite vers un autre ailleurs incertain. Les multiples ruptures et la perte de repères culturels, relationnels, temporels, peuvent constituer une expérience traumatisante.

Peut-on parler dans le cas d'Amina de troubles traumatiques dans un après-coup ?

En effet, le traumatisme fige le sujet dans un moment précis : le temps du traumatisme à partir duquel le continuum temporel va se diviser en un avant et un après l'événement traumatique. La notion d'après-coup qui désigne l'impact de l'événement traumatique se traduit à travers les symptômes de post-traumatiques. Dans la situation d'Amina, il est difficile de savoir de quel « coup » on parle puisqu'il y en a plusieurs. Les événements traumatisants se sont enchaînés. Dans le pays d'accueil censé être le lieu de refuge, un lieu sécurisant, la situation est devenue dramatique, Amina fuyant encore la mort.

Les traumatismes subis par Amina ont un impact sur son corps, Amina souffre d'un problème d'hypertension artérielle qui a engendré un problème dans son oreille.

- On observe chez elle aussi des troubles de somatisation. La nuit est surchargée d'angoisse sous forme de cauchemars, comme la révision d'une terrible leçon qui renforce la mémoire de l'horreur.

- Les comportements d'évitement sont nombreux, elle évite de regarder le journal télévisé irakien. En effet, les survivants de traumatismes emploient souvent des comportements d'évitement afin de faire face à des sentiments, des sensations, des pensées ou des souvenirs éprouvants. Les comportements d'évitement sont particulièrement utiles lorsque la personne se sent déstabilisée. Les stratégies de réduction de la tension et la dissociation sont des exemples de ce genre de comportements.³⁷³

À la question : « *aujourd'hui, quel sens donnez-vous à votre expérience ?* », Amina a répondu : « ***Soyez clément avec l'être humain...*** ».

Amina est à la recherche de signification, de sens : « *pourquoi nous faire du mal... ?* ». Pendant l'événement ; il s'agit de la recherche de causalité dans le but d'intégrer le désastre dans sa vie. « S'il y avait eu de la clémence, on n'en serait pas arrivé là ». C'est faire émerger la voix de l'humanité.

³⁷³ Article : Les Traumatismes. Femmes en santé (Le programme de santé mentale en ligne).

En effet, Amina possède une croyance indéfectible en Dieu au fond d'elle, une voix spirituelle qui chante l'humanité, l'altruisme, les valeurs. Malgré toutes les souffrances que les Américains ont infligées à son peuple, elle n'éprouve aucune haine vis-à-vis d'eux. Cela reflète une vision profonde de la vie. La foi permet au croyant de contrôler ses émotions et de s'apaiser dans des moments de forte détresse.

Amina cherche à donner du sens à l'événement traumatique afin de l'intégrer dans l'histoire de vie

Sur le plan clinique, le travail d'élaboration psychique aurait une place essentielle dans la psychopathologie du traumatisme psychique, expérience de non-sens ; la restitution du sens participerait à l'obtention d'une résolution de la souffrance ressentie.³⁷⁴

La résilience serait rendue possible grâce à la réflexion, à la parole... Faire preuve de résilience, ça ne veut dire pas qu'elle n'est pas invulnérable ni évitant, mais qu'elle a su retrouver l'équilibre là où d'autre se seraient effondrés.

-5-Conclusion concernant le cas Amina

- 1- le test du Traumaq met en évidence un syndrome **post-traumatique intense**.
- 2- le test de Rosenberg révèle qu'Amina a **une estime de soi faible**.

Amina a vécu des moments traumatisants, confrontée soudainement, brutalement, violemment avec le réel de la mort. Le traumatisme psychique est lié à l'intensité de la violence. Sa réaction s'est traduite par l'effroi, figée et immobilisée à l'instant traumatique. Selon F. Lebigot, (2002), l'effroi représente un moment de déréalisation, de « blanc » où le sujet n'a pas le temps de comprendre ce qui lui arrive et de réaliser la situation, comme s'il n'en faisait pas partie.³⁷⁵

On observe chez Amina une évolution du syndrome de répétition avec en premier lieu la place d'images intrusives ou flashes visuels qui se transforment progressivement en rumination incessantes de l'événement traumatique.

Chez Amina, la répétition peut être un moyen d'intégrer psychiquement ce qui n'a pas eu lieu. Répéter pour reconstruire. La reconstruction passe par la répétition dans le double sens

³⁷⁴ ABONDO, M. *Les capacités d'élaboration : Concept transdimensionnel*, 2007.

³⁷⁵ CHAHRAOUI, K. *15 cas clinique en psychopathologie du traumatisme*. Paris : Dunod, 2014, p. 33.

de tentation de l'identique et de recherche d'harmonie, Elle peut être la condition du passage de la répétition (traumatique) à la répétition-symbolisation (sens) (D. Derivois, 2010).³⁷⁶

Le travail narratif se fait dans l'objectif de donner un sens cohérent et acceptable à cette tragédie vécue par le sujet. En effet, celui qui raconte devient acteur dans le temps même où il cherche à produire du sens. C'est une manière, après l'impuissance ressentie face à l'évènement subi, de retrouver prise sur l'expérience (M. Delage, 2002).

Amina a fait l'effort de verbaliser ses affects puis a réussi à découvrir en parlant le sens de son vécu.

Est-ce que les mots d'Amina, le sens qu'elle a attribué à son vécu, reflètent un travail d'élaboration et de liaison pouvant mettre fin à l'isolement du « corps étranger » avec une possible traduction en mots transmissibles à autrui ?

En effet, dans cet entretien Amina a partagé des représentations verbales, des images, des sensations, des émotions pour tenter de « leur donner un sens communicable, compréhensible par l'autre et pour soi ». ³⁷⁷

Un travail de narration, c'est rassembler des signifiants autour de ce trauma, afin d'y produire une parole, du symbolique pour tamponner le réel.

La fonction de contenance donne à notre espace psychique la capacité de recevoir tout ce qui vient de l'intérieur (émotions, désirs) comme de l'extérieur (influence, intrusion, amour) et de lui donner une forme assimilable pour ne pas être déstabiliser de façon excessive, voire dramatique. Cet espace psychique que W.-R. Bion a appelé « l'appareil à penser ». On peut considérer la foi, la pensée spirituelle chez Amina, comme enveloppe étayante, comme un appareil à penser qui aide à contenir l'expérience douloureuse et lui inspirer ainsi une force psychique lui donnant la capacité de représenter l'expérience vécue.

À ce propos, J. Cottreaux (2007) a dit « *notre force psychologique se fonde sur des codes tellement bien incrustés dans notre culture, et dans notre histoire personnelle, que nous les tenons pour acquis et pour la vérité même* ».

Dépasser le trauma doit être interprété non comme une résistance au trauma, mais comme une capacité à représenter l'expérience subie.

³⁷⁶ DERIVOIS, D. *Les adolescents victimes-délinquants*. De Boeck, 2010, p. 103.

³⁷⁷ CHAHRAOUI, K. *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*. Paris : Dunod, 2014, p. 35.

On peut dire qu'à travers le sens qu'Amina donne à son vécu, qu'elle essaye de rétablir son équilibre, de retrouver les voies de l'espérance.

Ces données nous permettent de valider notre hypothèse. :

Pour se construire après un traumatisme, donner du sens et symboliser l'événement douloureux, il faut :

D'une part,

*Avoir une **enveloppe psychique assez forte***

Et d'autre part,

*Avoir **une estime de soi positive.***

Hors, si la répétition est constructive, cela permet à la personne de donner du sens à l'événement (tentative de symbolisation). En revanche, si la répétition n'est pas constructive elle révèle que l'enveloppe psychique est « trouée » et se traduit par l'échec de symbolisation. Donc, on peut dire qu'Amina est dans une phase de tentative de symbolisation.

En ce qui concerne son vécu en Exil :

Après avoir vécu des événements troublants, Amina ne s'est pas sentie dévalorisée.

En effet, malgré toute la souffrance vécue, tout le mal que les Américains lui ont fait subir, son cœur n'éprouve que de l'amour. Au fond d'elle, une forte croyance en Dieu chante l'humanité, une force invisible qui l'aide à survivre, et lui a permis de supporter le vécu en exil.

En effet, Amina a de nouveau échappé à la mort à Homs vers Damas. Amina ressent un sentiment d'humiliation en Syrie lié à la dégradation de sa situation financière.

III.1.10. RIMA

Nous présentons le récit de vie de Rima ainsi que les résultats obtenus au questionnaire d'évaluation du traumatisme, « le Traumaq » ainsi que le test relatif à l'estime de soi.

-1-Récit de vie

Rima est une femme irakienne, âgée de 36 ans, mariée et mère de deux enfants : un garçon et une fille, âgés respectivement de 12 et 13 ans.

Elle est arrivée en Syrie en 2007, fuyant son pays, l'Irak, après avoir vécu des événements douloureux durant la guerre civile.

Rima est entrée dans la salle, souriante, mais elle semblait méfiante, ses yeux emplis de questions et d'hésitation. Nous lui avons expliqué le but de l'entretien qui s'inscrivait dans le cadre de notre recherche de doctorat. Nous avons échangé avec elle afin d'apaiser l'ambiance et de créer un climat de sécurité.

Après un moment d'échange autour de la vie en Syrie, Rima parle de sa vie quotidienne et des difficultés auxquelles elle doit faire face en Syrie.

« Lutter pour la vie, je veux être quelqu'un de digne, je veux sentir que je suis un être humain. Le passé, il faut que je tourne la page, mais vivre le quotidien c'est l'enfer, il n'y a plus de dignité. L'attente devant le centre de l'ONU, faire la queue, chez le médecin, devant l'école... jusqu'à quand je vais attendre, je ne me sens plus en sécurité ».

Puis, nous lui demandons de parler de l'événement le plus traumatisant qu'elle ait subi.

Son regard semble partir au loin, les larmes jaillissent de ses yeux, son visage s'assombrit, reflétant une profonde détresse et d'une voix monocorde elle relate son récit :

« Je n'oublierai jamais ce jour où des Irakiens chiïtes ont voulu tuer mon fils et mon mari. La guerre civile, cet atroce monstre (Rima parle de l'événement comme si elle le reproduisait maintenant). Des hommes irakiens, chiïtes sont venus, se sont attaqués à mon mari et tentaient de kidnapper mon fils, j'ai accouru, mon fils était couvert de sang ; j'ai crié ! Ils voulaient les tuer ».

Les larmes de Rima redoublèrent, sa respiration devint haletante, et tremblant de tous ses membres.

« Mon fils n'avait même pas dix ans, ils voulaient enlever mon fils, et abattre mon mari qui avait un revolver contre le front. Mes yeux ne pouvaient croire ce qui se passait. J'ai crié, couru auprès de mon fils et tout à coup surgit une voiture conduite par des soldats américains qui s'arrêta. Aussitôt, ils ont relâché mon fils. Avant de partir, ils nous ont accusés d'être des

sunnites, des collaborateurs des Américains, nous menaçant de revenir nous tuer. Ils sont partis. Je n'oublierai jamais ce moment terrible ».

Rima, tremblant, au regard chargé de colère, relatent des souvenirs encodés sous la forme de vives sensations et d'images, puis Rima se met à crier en pleurant :

« La mort, les assassinats, le sang autour de nous, partout où nous allions. Nous avons fui Bagdad pour Mossoul où habite un de nos cousins. Le chemin que nous avons emprunté est réputé dangereux. Nous avons risqué plusieurs fois nos vies. Et enfin, nous sommes à Damas. Enfin sauvés ».

La famille a subi un événement traumatisant les contraignant à quitter l'Irak dans un état de panique et de peur intense.

Le choc est le signe que l'on est face à l'impensable, On retrouve ici une dimension de non-sens liée à l'expérience traumatique. Rima a été submergée par l'angoisse, terrifiée à l'idée de perdre son fils et son mari. L'évènement traumatisant est passé, mais a laissé des marques psychiques ineffaçables, comme si sa trajectoire s'était arrêtée sur cette image (l'enlèvement de son fils et de son mari), la perception d'un temps qui se découle au ralenti, comme infiniment suspendu. L'image traumatique *« est l'image sensorielle et sensitive telle qu'elle a été perçue lors du traumatisme et telle qu'elle a fait effraction dans l'appareil psychique »*.³⁷⁸

Pour les personnes qui ont subi la violence d'autrui, c'est bien souvent un rapport de confiance dans l'humanité en général qui a été détruit. Le traumatisme touche donc au plus profond de l'humain à la fois dans la construction de son image comme humain et dans la signification symbolique de son appartenance à l'humanité.³⁷⁹

*« Les guerres civiles qui destituent radicalement la figure paternelle du pouvoir pour lui substituer des rivalités fraternelles meurtrières aboutissent à cette même abolition de toute figure symbolique susceptible de soutenir l'idéal » (A. Houballah, 1996).*³⁸⁰

Rima continue la narration de son vécu :

³⁷⁸ LEBIGOT, F., DAMIANI, C. *Les mots du trauma – Vocabulaire de psychotraumatologie*, 2011, p. 61.

³⁷⁹ PIRET, B. *Approche psychanalytique du traumatisme : de l'irruption du Réel à l'errance psychique*, 2007.

³⁸⁰ HOUBBALLAH, A. *Le virus de la violence*. Albin Michel, 1996.

« La vie en Syrie n'est pas facile, surtout en ce qui concerne les papiers, on ne sait pas si la carte de séjour va être renouvelée ou pas. Les enjeux politiques, c'est compliqué, c'est pour cela que nous avons demandé l'asile en Suède, mais les choses ne se sont pas déroulées comme on le souhaitait. Ils ont accepté les demandes de ma mère et de mon mari et la décision a été prise qu'ils partent en Suède. Je suis restée avec mes enfants en Syrie en attendant que mon mari fasse les démarches de regroupement familial qui nous permettraient de le rejoindre par la suite. Je n'imaginais pas que cela durerait si longtemps Trois longues années que nous attendons, j'ai déménagé à trois reprises à cause de notre situation financière. Une femme seule avec trois enfants dans un pays arabe n'est pas chose facile. Les gens ne nous laissent pas tranquilles, nous harcèlent de questions souvent porteuses de jugements : pourquoi votre mari est parti ? Pourquoi avez-vous accepté cette situation ? Pourquoi n'êtes-vous pas encore réunis ? Etc. Je ne peux plus supporter les regards qu'ils me renvoient ».

Il est souvent difficile pour l'entourage de réaliser ce que la personne traumatisée vit. En effet, Rima souffre d'un sentiment d'incommunicabilité. Son expérience, les émotions vécues sont si intenses qu'il est difficile de trouver des mots capables de décrire son vécu.

« Je veux être forte, réaliste, il ne faut pas que je m'effondre, je veux élever mes enfants. Ma mère m'a appris qu'il ne fallait jamais que je montre mes points faibles devant les autres car cela leur donnait l'opportunité de nous exploiter et de nous vaincre. Moi, je montre toujours mon côté fort, mais ce n'est pas la réalité, c'est juste un masque qui cache mes faiblesses, l'angoisse, le stress ; ce sont les synonymes de l'insécurité ».

Mémoire traumatisée, pleine d'images terrifiantes qu'il ne faut pas verbaliser. Rima, prisonnière de son passé fait preuve et assume son rôle en tant que mère. Rima a une mission à accomplir : élever ses enfants. La situation oblige Rima à être seule avec ses enfants dans le pays d'exil, à faire face à l'adversité, il lui faut être autonome et assumer ses responsabilités. De ce fait, l'élaboration de l'autonomie s'appuie sur la responsabilité et la conscience de soi. La rencontre avec autrui oblige chacun à prendre conscience de son pouvoir, de sa force ou de sa faiblesse.³⁸¹

³⁸¹ Article : *Concept d'autonomie*, IFCS Promo Paradigme, OVER-Blog-Kiwi.com.

« Aujourd'hui, je ne peux plus écouter les nouvelles sur l'Irak. Je déteste l'Irak, je déteste l'Irak, je ne veux plus y retourner même si la situation devenait meilleure et se calmait ».

La vie en Irak est devenue un enfer : guerre permanente avec une sensation d'insécurité, vivre avec la peur. Le pays, c'est la figure de la mère censée protéger ses enfants, Rima parle de l'Irak d'une voix chargée d'amertume, de nostalgie. Les liens sont rompus avec la terre des ancêtres, le vécu en exil est marqué par un sentiment de détresse et de solitude.

Rima évoque la vie douloureuse en Irak pendant la guerre :

« Je suis habituée à la guerre, depuis la guerre avec l'Iran, on s'allongeait par terre quand il y avait des bombardements aériens, la même chose avec la guerre du Golfe, tant de morts, tant de douleur, mais cette guerre, c'est différent, c'est la plus horrible, la plus monstrueuse, car on ne sait pas qui est notre vrai ennemi : est-ce les Américains ? Est-ce les Iraniens ? On ignore qui nous tue, qui est notre vrai ennemi ? Dans la rue, en voiture, si nous dépassons un char américain, ils se mettent aussitôt à nous tirer dessus, ce sont des meurtriers ! ».

Des souvenirs d'horreur, la guerre a tracé ses empreintes inoubliables. Selon J.-D. Bremner, E.-M. Vythilingham, E. Vermetten et al.) :

« vivre dans des conditions adverses provoquent des altérations neurologiques analogues à celles d'un trauma flagrant : réduction du volume hippocampique qui altère la mémoire et empêche de contrôler les émotions » (B. Cyrulnik, 2012).³⁸²

Les souvenirs sont enchaînés afin de donner un récit cohérent :

« Des morts, du sang partout, je n'oublierai jamais ces moments où j'emmenais ma fille à l'école et ceux des voisins. Je marchais collée aux murs, de peur qu'un bombardement aérien ne survienne ».

Rima a miraculeusement échappé plusieurs fois à la mort :

« Un évènement qui s'est passé lors de la première année de mon installation à Damas. C'était la fête de l'AID, il y avait des enfants dans la rue qui tiraient des feux d'artifice. Je me suis mise à crier, demandant aux enfants de s'allonger au sol. J'ai plaqué mes mains contre mes oreilles. Les gens me regardaient bizarrement. À cet instant, un de mes enfants me

³⁸² CYRULNIK, B. *Sauve- toi, la vie t'appelle*. Odile Jacob, 2012, p. 63.

demanda d'arrêter car je lui faisais honte. Je ne m'étais pas rendue compte que je n'étais plus en Irak ».

Rima vit dans un sentiment d'insécurité permanent car elle n'arrive pas à reconnaître et à filtrer les stimulations. Pour elle, elles sont toutes dangereuses. Cliniquement, L. Crocq (2012) considère que ces attitudes d'hyper vigilance, d'alerte et de sursauts exagérées sont une réponse aux stimulations évocatrices du trauma, voire à toute stimulation.

Rima conserve de bons souvenirs d'Irak d'avant la guerre : les moments heureux de son enfance passés avec son père, en comparant avec des épisodes désagréables d'aujourd'hui, humiliants :

« L'Irak d'avant 2003, ma vie était si différente, j'étais heureuse, mon enfance, c'était lumineux, moi je viens d'une grande famille qui a fait des études, mon père est un ancien diplomate, il était très tendre avec nous, il était quelqu'un de très bien, il nous a inculqué un bagage de valeurs morales pour nous guider dans la vie. On a beaucoup voyagé, on a visité plein de pays. Voyez ce que nous sommes devenus ! On était riche. L'autre jour, j'étais au centre des Nations-Unies où était organisée une distribution de nourriture et de vêtements à destination des réfugiés irakiens. J'y faisais la queue quand soudain, je suis tombée. J'ai perdu connaissance. Je me suis sentie si humiliée de faire la queue, quémander de la nourriture. Je ne veux plus de cette nourriture ».

Exil forcé sans argent, sans soutien... le voyage migratoire, qu'il ait été préparé ou non, constitue réellement une expérience traumatique de rupture. Il ne s'agit pas seulement d'une rupture géographique, mais également d'une rupture temporelle, culturelle, relationnelle.³⁸³

« Je souffre de troubles de la mémoire, j'oublie la leçon que j'ai apprise quelques heures avant. Je souffre de l'attente, je veux ma mère. Je suis toute seule ici en Syrie. Ma mère me rétorque qu'un jour, elle ne sera plus là et qu'il faut que j'arrête de pleurer. Je lui ai demandé pourquoi elle me tenait ces propos, pourquoi elle se montrait si dure avec moi : peut-être mourrai-je avant elle ? Et j'ai raccroché le téléphone. Je n'ai jamais réagi de façon impolie comme cette fois avec ma mère. Jamais, je n'avais eu de propos discourtois avec ma mère ».

³⁸³ SILVESTRO-TEISSONNIERE, C. *La migration traumatique, une pathologie du lien : Souffrance psychique et souffrance corporelle chez les mineurs isolés étrangers*. Université de Rouen, année 2010-2011, p. 15.

Le besoin de l'autre pour se sentir exister. La « mère environnement », selon D. Winnicott, qui va bien au-delà de la mère comme personne.³⁸⁴

Rima a une soif d'affection et du soutien. Après l'évènement, la famille est déchirée. Ici, on peut aussi recourir à d'autres métaphores comme celle de « base familiale de sécurité » de J. Byng-Hall (1999) qui désigne une zone virtuelle interface entre réalité externe à tous et réalité interne propre à chacun, elle désigne également un espace de rencontre des individus qui donne à chacun le sentiment d'exister tout en restant une expérience personnelle subjective intransmissible à ceux qui n'en font pas partie³⁸⁵.

« Je ne veux pas être quelqu'un de fragile, je n'en peux plus, je suis devenue hypersensible, si quelqu'un me parle de ses problèmes, je commence à pleurer et je ne supporte plus que les autres voient mes larmes, mais je n'arrive plus à me contenir. Mes enfants ont remarqué ma tristesse. Hier, mon mari nous a appelés de Suède pour nous souhaiter une bonne fin de Ramadan, et le soir, autour du repas, mon fils m'a confié : maman, j'ai envie de pleurer mais je n'y arrive pas, c'est triste cette vie, quand tout ça va finir ? Quand est-ce qu'on va tous se retrouver ? J'ai longuement pleuré ».

Un aspect de l'évènement traumatique peut conduire à un sentiment intense de détresse psychique :

« Pourquoi j'ai des idées noires ? Je n'arrive pas à oublier, rien ne me fait plaisir, pourquoi je suis dans cet état ? Je ne comprends pas, je fais tout pour sortir de cet état, je suis des cours d'anglais au centre, des cours d'informatique, j'ai fait un stage de 6 mois afin d'apprendre le métier de coiffeuse et de travailler mais j'oublie tout. Avant, j'avais une bonne mémoire, je ne comprends pas ce qui m'arrive ».

Rima se plaint de « fatigue mentale », d'incapacité de se maintenir sur une lecture, de baisse de la mémoire d'acquisition, d'oublis à mesure « *je ne me rappelle plus de ce que je viens de faire* », de difficultés de concentration, et se plaint de perdre le désir et le plaisir sexuel. Toute souffrance s'inscrit dans le corps ; il en est la trace et donc aussi la mémoire, les atteintes corporelles qui l'ont marquée sont les points d'impact de sa souffrance.

³⁸⁴ MARTY, F. *Les grandes problématiques de la psychologie clinique*. Paris : Dunod, 2009, p. 67.

³⁸⁵ DELAGE, M. *Traumatisme psychique et résilience familiale*. Revue francophone du stress et trauma, 2002, 2 (2).

Après l'évènement, Rima est devenue hypersensible, avec des crises d'angoisse et un état de tension anxieuse intercritique, elle n'est plus capable de vivre sans souci ni crainte. Rima est envahie par les images forcées.

Le traumatisme atteint la vie psychique en profondeur, la victime se plaint de sentir qu'elle change complètement de personnalité, elle ressent un changement des rapports avec elle-même et avec le monde, ce que L. Crocq (2012) appelle « personnalité traumatique ».

« Je me sens étouffée, la vie est noire, j'attends ».

A ses côtés se trouve une petite table sur laquelle est posée une photo représentant un homme assis, le regard lointain et un journal. Rima s'est emparée de ce dernier et a lancé :

« Je suis assise comme cet homme et j'attends, comme prisonnière dans une pièce où il n'y a pas de fenêtre, et la porte fermée. On me demande de sortir mais je ne peux pas. À la fin de la guerre, lasse de ne pouvoir trouver de sortie, je m'adapte dans cette pièce où il n'y a ni fenêtre, ni aucune échappatoire ».

La photo exprime une partie d'elle. La photo est un outil intermédiaire qui invite l'imaginaire de Rima à se libérer de ses émotions. Elle représente un objet médiateur, entre le dedans et le dehors. Rima a exprimé à travers la photo une partie d'elle-même, son état actuel (elle est dans l'attente, comme le Monsieur dans la photo).

Accepter la dure réalité, et faire face, stratégie de survie, dur combat de la survie, Rima se sent impuissante devant la réalité, comme si elle n'était pas maître de son devenir. Les stratégies de survie sont toujours fondées sur le sacrifice de l'un ou l'autre des grands processus de la vie psychique (R. Roussillon, 2006).³⁸⁶

« J'imagine que soudain le téléphone sonne, et une voix au bout du fil m'annonce une bonne nouvelle : c'est la délivrance. J'en rêve, j'imagine que tous mes problèmes soient résolus et que dans un mois, j'irai enfin rejoindre mon mari et mettre fin à cette situation. La nouvelle me met dans un tel état de joie et d'excitation que je ne parviens plus à me concentrer. Que dois-je faire ? Vendre mes affaires, m'en débarrasser, non je ne veux pas les vendre, je veux les donner aux pauvres. Je ne veux pas d'argent. Enfin l'espoir d'une vie heureuse. Cela se termine bien, plein de bonheur, ce rêve que j'imagine s'appelle espoir ».

³⁸⁶ ROUSSILLON, R. *Les situations extrêmes et leur devenir*. 2006

L'espoir, c'est la voix qui donne lieu à l'avenir, regarder vers l'avenir, c'est recommencer le temps.

L'imagination est une voie tout aussi royale pour accéder à l'inconscient. Elle permet de rééquilibrer notre nature existentielle.

Le développement d'un imaginaire, d'une fantasmagorie, qui transforme l'agression en scénario supportable. Recours à l'imagination afin de ne pas fondre et surmonter le traumatisme. En effet, l'imaginaire associé au qualificatif « résilient » est aujourd'hui si positif. « L'imagination symbolique représente ainsi un levier pour être épanoui dans ses relations intra et intersubjective, s'ouvrir au changement, aux rééquilibrages constants de l'appareil psychique ».³⁸⁷

« J'ai un fort sentiment de culpabilité vis-à-vis de Dieu, je me demande pourquoi ma foi n'est pas aussi forte. Pourquoi je pleure beaucoup ? Le prophète Mohamed a dit : quand Allah veut du bien pour un homme, il l'éprouve durement. Si je suis aussi croyante, je ne devrais pas sombrer dans la dépression. Que Dieu m'aide ».

Rima remet en question sa foi afin de solliciter des forces internes qui l'aideront à surmonter, passer au-delà de la souffrance, car la foi en Dieu constituerait une source d'apaisement dans les épreuves difficiles. En effet, le musulman doit apprendre à patienter et à endurer les épreuves de la vie sans perdre espoir puisqu'il doit œuvrer pour le bonheur éternel. Les croyants étant les plus éprouvés et la patience et l'endurance leur permettant de surmonter les épreuves.

« Mon frère est venu me rendre visite du Canada, cela faisait quinze ans que l'on ne s'était pas vus. C'était une magnifique surprise pour moi. Il s'est montré très dur envers moi ; il ne comprenait pas ma tristesse, mes pleurs, pourquoi je réclamais ma mère. Il me jugeait avec ce regard d'occidental me renvoyant l'image d'une fille dépendante ; il me critiquait. ».

Rima a attendu longtemps cette rencontre avec son frère en espérant trouver le soutien familial, la tendresse, mais elle ne s'est pas sentie écoutée dans sa douleur profonde et dans cette nouvelle vie qui est un véritable changement, elle s'est sentie rejetée, incomprise, ce qui

³⁸⁷ Article : Autonomisation, enveloppes psychiques et ancrage symbolique du corps.

a activé un état de détresse chez elle. Les paroles dures de son frère l'ont cassée et ont fait émerger un sentiment de vulnérabilité.

« Pourquoi tout cela nous arrive-t-il à nous ? Un jour, serons-nous tous réunis ? Mon mari, ma mère. Je prie pour que ce jour arrive, j'attends, c'est très dur de vivre dans l'attente ».

Trop d'attente tue l'attente. Pleine d'interrogations sur sa vie, Rima n'arrive pas à reprendre sa vie comme elle était auparavant. Un changement radical dans son existence après l'évènement.

*« Il faut que je sorte de cet état, ma copine m'a conseillée de lire un livre. Je l'ai trouvé sur internet. Ouvrage très intéressant « La puissance de votre subconscient » de **Joseph Murphy (1963)**, docteur en psychologie. Il a écrit une trentaine de livres traduits dans plusieurs langues et de nombreux écrits sur la dynamique de la pensée incluant le mysticisme, l'autosuggestion et le subconscient. Depuis que je lis ce livre, je me sens mieux, je repense à mon état, je me pose des questions, et je me fais plein d'autosuggestions, le livre m'a appris à regarder ma vie, mes souffrances autrement ».*

D. Winnicott dit que « chacun de nous a une tendance naturelle à la santé et est capable de trouver une issue personnelle à ses conflits ».³⁸⁸

Une ouverture sur soi-même, ce livre a permis à Rima de retourner vers soi afin de faire face à sa souffrance en faisant naître la voix de la raison, les questionnements, l'autosuggestion, penser elle-même. Rima tend à structurer ses pensées. Ce livre lui a inspiré la force de se relever.

Aux inquiétudes de l'émigré s'ajoutent un fort coefficient d'incertitude :

« Hier ma copine est passée me prévenir. Elle m'a demandé de préparer ma valise et mon passeport, car la situation en Syrie commençait à devenir critique. Une répétition de l'Irak. La guerre se préparait. Je ne pouvais y croire ; si mon amie disait vrai, où allions-nous nous réfugier ? »

Continuer à lutter... Rima en Syrie a commencé à se sentir en sécurité, malheureusement, la situation en Syrie s'aggravant, Rima devait réfléchir à son avenir incertain.

³⁸⁸ WINNICOTT, D. *Formation pour Infirmier de Secteur Psychiatrique* - Cours de M. Giffard.

En exil, en Syrie, Rima a réussi à tisser des liens sociaux et à faire preuve d'adaptation, mais la situation a commencé à s'aggraver en Syrie, dans le pays d'asile, le lieu où elle était censée être en sécurité, des événements identiques à ceux en Irak se reproduisent, Rima est à nouveau en danger avec ses enfants.

Exil sans garantie avec le risque d'être obligée de quitter le territoire syrien dans la fuite et la précipitation afin de sauver ses enfants. On imagine dans quel état se retrouve Rima, le sentiment de sécurité interne construit en exil depuis des années est de nouveau cassé. Le pays d'asile est devenu insécurisé.

En effet, Rima se retrouvait depuis son arrivée en Syrie dans une errance qui l'avait amené à déménager plusieurs fois sans jamais parvenir à se fixer. Aujourd'hui, Rima se trouve face une nouvelle épreuve, l'errance pouvant encore signifier la logique en « ni ici, ni là-bas, ni ailleurs », donc « nulle part », au risque d'une « mélancolisation du lien social » (O. Douville, 2001).³⁸⁹

À la fin de notre entretien, nous lui demandions : « *aujourd'hui, quel sens donnez-vous à votre expérience ?* »

« *L'espoir, inchallah, si Dieu veut nous donner la délivrance. Si je perds espoir ; je ne peux plus attendre. Il faut attendre...* ».

Au cœur de la souffrance se trouve la force qui rend la capacité à reconstruire possible.

-2-Questionnaire d'évaluation du traumatisme

L'intensité de la manifestation du traumatisme est mesurée à l'aide d'une échelle se composant de nulle « 0 » à très forte « 3 ».

L'échelle A, composée de 8 items, concerne le ressenti pendant le déroulement de l'événement. L'analyse des résultats obtenus révèle un état traumatique **fort**. Rima, à cet item, obtient un score de 18 (max = 24). Les réponses montrent que Rima, à la question (6) : « avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou assister à un spectacle insoutenable ? » a répondu par le chiffre 3, très fort. En effet, Rima a été témoin d'un horrible événement où son fils et son mari ont été menacés, sa réaction fut de courir et de crier vers

³⁸⁹ BIKA, G. *Les logiques/stratégies de survie des réfugiés de guerre*. Journal International de victimologie, 2012 ; 10 (1).

son fils afin de le sauver de la mort. Durant ces années de guerre, Rima a maintes fois échappé à la mort.

Les échelles (B, C, D, E, F, G, H, I, J), abordent **le ressenti actuel, c'est-à-dire depuis l'événement.**

L'échelle B, composée de 4 items, vérifie l'omniprésence de l'événement. La note brute obtenue à ce test est de 7 (max = 10 et plus). Les images reproduisant l'événement s'imposant à Rima durant la journée, c'est l'angoisse ressentie quand elle repense à l'événement.

L'échelle C, composée de 5 items, vérifie le trouble du sommeil. La note obtenue à ce test est de 8 (max = 14 et plus). Les souvenirs de l'événement empêchent Rima de dormir.

L'échelle D, composée de 5 items, vérifie l'état d'angoisse. La note obtenue à ce test est de 13 (max = 14 et plus). Cela traduit l'état d'angoisse qui envahit toutes les sphères psychiques, sociales et cognitives. Rima est devenue plus anxieuse, l'idée de retourner en Irak la met dans un état d'angoisse, elle évite de regarder les infos. Rima n'a aucun sentiment de sécurité.

L'échelle E, composée de 6 items, vérifie les changements survenus sur le plan de la sensibilité perceptive (bruit, méfiance, irritabilité, colère, agressivité). La note obtenue de 11 (max = 15 et plus), en effet Rima est devenue attentive au bruit. Elle est devenue très sensible et méfiante. Par contre, elle n'est pas devenue agressive depuis l'événement.

L'échelle F, composée de 5 items, vérifie les changements et les réactions survenus sur le plan psychosomatique. La note brute obtenue est de 8 (max = 10 et plus.). En effet, dès que Rima repense à l'événement, ou si elle est dans une situation qui rappelle l'événement, elle se met à trembler et elle a des maux de tête. On observe chez Rima asthénie physique et psychique, conversions céphalées.

L'échelle G, composée de 3 items, vérifie les troubles de mémoire et de concentration. À cette échelle, Rima obtient un score de 6 (max = 8 et plus). Les résultats obtenus révèlent des difficultés à se concentrer, et elle présente un trouble mnésique.

L'échelle H, composée de 8 items, vérifie l'état de dépression. La note obtenue à ce test est de 12 (max = 18 et plus). En effet, Rima depuis l'événement, se sent fatiguée, a des crises de larmes et a perdu tout intérêt pour les choses qui lui étaient importantes avant l'événement. Elle éprouve des difficultés dans ses relations sexuelles.

L'échelle I, composée de 7 items, vérifie la culpabilité, la honte, le changement dans sa façon de voir la vie. Rima obtient à ce test un score de 14 (max = 17 et plus). Rima n'éprouve aucun sentiment de culpabilité. Rima ressent de la haine, de la colère et elle se ressent de l'humiliation. Depuis l'évènement, elle se sent dévalorisée.

L'échelle J, composée de 11 items, vérifie les répercussions sur la qualité de vie. La note brute obtenue est de 8 (max = 8 et plus). Rima exprime un sentiment d'incompréhension de ce qui lui est arrivé, de ce qui est arrivé à son pays, l'Irak, et elle a le sentiment qu'elle ne sera plus jamais comme avant.

Le Traumaq met en évidence l'existence **d'un syndrome post-traumatique fort** corroboré par l'ensemble des notes obtenues au questionnaire.

-3-Echelle d'estime de soi de Rosenberg

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

		1	2	3	4
1	-Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.				X
2	-Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			X	
3	-Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.			X	
4	-Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.		X		

5	-Je sens peu de raison d'être fier de moi.			X	
6	-J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.			X	
7	-Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.		X		
8	-J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	X			
9	-Parfois, je me sens vraiment inutile.			X	
10	-Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.		X		

Le test de l'estime de soi nous révélé que Rima a une **estime de soi faible**.

De plus, à la question (I) 4 : « *depuis l'évènement, vous sentez-vous dévalorisé ?* », Rima a répondu par le chiffre 1, **faible**.

Rima se retrouve seule avec ses enfants en pays d'exil, elle se sent humiliée à cause de sa situation financière.

En effet, Rima a subi des évènements traumatisants : guerre, agressions, menaces, solitude, vécu douloureux, un sentiment d'insécurité s'est installé au fond d'elle. Tous ses facteurs ont diminué son estime de soi.

De plus, Rima souffre de trous de mémoire depuis l'évènement, qui la mettent en difficulté pour accomplir quelques tâches quotidiennes et elle se sent incapable de faire les choses aussi bien que les autres (affirmation 4).

L'estime de soi est une valeur fragile et changeante.³⁹⁰ En cas de traumatisme, l'estime de soi est fortement impactée. On sent Rima faible, déstabilisée, sans ressources, minable voire anéantie.

Le traumatisme psychique entraîne des troubles de l'identité, la perte de confiance en soi et en autrui, et d'autres souffrances encore.³⁹¹

³⁹⁰ LARIVEY, M. *L'estime de soi*. Magazine électronique La lettre du psy, volume 6, N° 3, mars 2002.

La personne blessée se sent souvent amoindrie par son traumatisme. Aussi, l'acceptation, l'estime des autres, leur respect et leur soutien sont-ils des moyens de l'aider à retrouver la confiance en soi et à reconquérir le sens de sa propre valeur ?³⁹² Rima a trouvé le soutien social dans son entourage en Syrie. De plus, la croyance en elle et dans son avenir est révélée par la réponse de Rima à la première affirmation : « *je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre* », elle a répondu par le chiffre 4, tout à fait en accord.

Les valeurs sont un guide pour la vie, les valeurs possèdent une force qui aide à soutenir un effort sans résultats immédiats et l'acceptation de résultats partiels.

-4-Analyse et discussion du cas Rima

Rima a vécu plusieurs guerres en Irak, peur permanente, a plusieurs fois échappée à la mort. Rima a subi des effets immédiats de peur intense et de menaces. Terrorisée, témoin d'évènements violents où elle a cru son fils et son mari morts. Elle a réagi par l'agitation, réaction immédiate inadaptée, « un stress dépassé ».

S. Freud (1916-1917), renvoie à la définition du trauma en termes économiques : « *une expérience vécue qui apporte à la vie d'âme, en un court laps de temps, un surcroît de stimulus tellement fort que la liquidation ou l'élaboration de celui-ci selon une manière normale et habituelle échouée, d'où ne peuvent que résulter des perturbations durables dans le fonctionnement énergétique* ³⁹³ ».

Rima développe un syndrome psycho-traumatique à la suite de cet évènement.

Les séquelles psycho-traumatiques chroniques se traduisant par une fixation à l'évènement traumatique se présente chez Rima par des symptômes de répétition : angoisse, sursauts nocturnes, ruminations mentales.

Cette agression a été pour Rima à l'origine d'un certain nombre de changements profonds dans sa vie : sous forme d'une altération de la personnalité, Rima se décrit comme une

³⁹¹ ANDRÉ, C. *Estime de soi, incertitude et traumatisme*.

³⁹² PHANEUF, M. inf. PhD. 1re partie. *La résilience : concept abstrait ou pratique de vie*, 2013.

³⁹³ FREUD, S. La fixation au trauma, l'inconscient (1916-1917). In *Leçon d'introduction à la psychanalyse*, œuvre complètes, tome XIV, Paris : PUF, 2000, p. 284-285.

personne qui a profondément changé, elle est devenue plus irritable, angoissée, méfiante, vulnérable, dans un état de détresse (crises de larmes). Pour O. Fenichel (1945), « *la personnalité est totalement réorganisée par le traumatisme sous la forme d'une dépendance accrue, d'une régression et d'une forte ambivalence* ». ³⁹⁴

On observe chez Rima des troubles de somatisation sans cause médicale claire, cela lui vaut des douleurs et des symptômes sexuels et neurologiques qui durent depuis de nombreuses années.

Rima souffre aussi de troubles de la mémoire marqués par des amnésies de la vie quotidienne.

À cela s'ajoute le traumatisme migratoire : le vécu difficile seul avec ses deux enfants en Syrie et la situation financière humiliante en exil. En effet, selon M.-R. Moro (1998), la migration est potentiellement traumatique, non pas au sens négatif du terme, mais au sens psychanalytique, un trauma qui va induire de nécessaires réaménagements défensifs, adaptatifs ou structurants.

-5-Conclusion concernant le cas Rima

Le Traumaq : met en évidence l'existence **d'un syndrome post-traumatique fort**.

Le test de l'estime de soi nous révèle que Rima a une **estime de soi faible**.

Rima a rencontré dans sa vie des situations traumatisantes face auxquelles elle a dû faire preuve d'adaptation. Cette manière de s'adapter prend la forme d'une défense cognitive connue sous le nom de « *coping* ». Dans le dictionnaire de la psychologie de Bloch et al. (1991) le *coping* est défini comme « *le processus actif par lequel l'individu, par l'auto-appréciation de ses propres activités, de ses motivations, fait face à une situation stressante et réussit à la maîtriser* ».

Rima, afin de sortir de son état et de ne pas se laisser empoisonner par cet événement, mobilise sa volonté et met en acte des processus d'autoréparation, sous forme de réparation du Moi, qui débordé par l'afflux d'excitations a manqué de soutien au moment crucial.

Rima est venue demander de l'aide de façon implicite, un désir d'être libérée de ses problèmes :

³⁹⁴ CHAHRAOUI, K. *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*. Paris : Dunod, 2014, p. 16.

« *Je n'arrive pas à comprendre pourquoi je suis dans cet état, ce qui m'arrive, Dieu, aide moi* ».

Notre rencontre avec Rima a permis d'établir des liens de confiance qui lui ont permis de verbaliser ses ressentis. Comme si une partie de soi était inconnue et a été révélée par le traumatisme, le récit lui a permis de mettre les mots sur son vécu, sur sa douleur psychique : la douleur est contenue lorsqu'elle est comprise.³⁹⁵ Contenir une expérience, c'est la comprendre. B. Cyrulnik (2012) a souligné que :

« *Le fait d'être apte à se faire une représentation verbale de ce qui nous est arrivé, et de trouver quelqu'un à qui adresser ce récit, facilite la maîtrise émotionnelle* ». ³⁹⁶

En effet, la narration procède à une mise en forme signifiante de la masse chaotique de perceptions et d'expériences de vie.³⁹⁷ Le récit, l'élaboration des expériences ressenties grâce à l'étayage du langage. Il s'agit de permettre à des personnes fragiles de se créer des représentations d'elles-mêmes et des autres comme capables de penser et de sentir, et qu'elles puissent identifier les représentations et les émotions partagées de celles qui sont personnelles.

Rima a cherché une aide dans des livres de psychologie, notamment dans des ouvrages traitant de la dynamique de la pensée et de l'autosuggestion. Cette lecture lui a ouvert un espace de pensée lui permettant de se questionner sur sa situation. Une recherche de signification autour du sens, une recherche de causalité dans le but d'intégrer le désastre de sa vie. Comme une recherche de vérité sur soi-même, un dialogue soi-à-soi, comme si Rima ressentait le besoin intense d'espace mental et de temps pour transformer ces événements et recouvrer son équilibre. S. Ionescu et al. (1997) évoque le *coping* vigilant, « *qui permet, par des stratégies actives (recherche d'informations, de soutien social, de moyens, etc.), d'affronter la situation pour la résoudre* ». ³⁹⁸

Le centre où se rencontre les femmes irakiennes agit comme un lieu de reconnaissance, un lieu permettant d'ouvrir le lien entre le passé et le présent. Le centre est un espace potentiel

³⁹⁵ CICCONE, A. *Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques*. Bruxelles : De Boeck Supérieur, « Cahiers de psychologie clinique » 2001/2, N° 17, p. 81.

³⁹⁶ CYRULNIK, B. *Sauve-toi, la vie t'appelle*. Odile Jacob, 2012, p. 62.

³⁹⁷ JOSSE, E : *Métaphore et traumatisme psychique*, 2013.

³⁹⁸ ANAUT, M. *La résilience - Surmonter les traumatismes*. Nathan, 2003, p. 64.

qui a aidé Rima à se sentir en confiance et en sécurité. Au centre, Rima a tissé un réseau de relations sociales et amicales avec l'entourage, le centre comme un étayage social qui la soutient, l'aide au développement du sentiment de sécurité interne et l'aide à retrouver sa confiance en elle.

M. Anaut (2003) : « *dans le cadre de la confrontation à des événements ou des contextes traumatogènes, lorsque le sujet arrive à endiguer la crise psychique et trouve une issue socialisée, on considère qu'il relève d'un processus résilient* ». ³⁹⁹

La croyance en un Dieu puissant qui veille représenterait une influence positive sur l'état mental de Rima, en l'aidant à contenir ses émotions et gérer la tension d'angoisse présente en elle.

Toute histoire est à la fois une construction individuelle et sociale, en particulier familiale. Cette reconstruction s'appuie sur le sens attribué à des situations et aux souvenirs que nous avons de celles-ci.

À la question : « *aujourd'hui, quel sens donnez-vous à votre expérience ?* », Rima a répondu **l'espoir**.

« *L'espoir, inchallah, si Dieu veut, il nous donne la délivrance. Si je perds espoir ; je ne peux plus attendre... Il faut attendre...* ».

La représentation suppose un travail de pensée et de remémoration. Il s'agit de reproduire une perception antérieure sur un espace psychique.

La réponse de Rima révèle une force de vie : reprendre l'espoir, c'est-à-dire, modifier le cours de son existence. Selon G.-N. Fischer, 2003 « *celui qui reprend espoir rebondit de fait et sa blessure devient une sorte de tremplin pour avancer dans sa vie* ».

L'espoir et l'optimisme sont des éléments très favorables qui, en dépit de l'amertume de la situation, aideront Rima à contrer la tristesse qui colore sa vie et à résister à la colère, à l'injustice lorsqu'ils l'assaillent.

On observe chez Rima une volonté de s'en sortir renforcée par l'expérience. L'espoir qui possède une capacité réparatrice réoriente Rima vers la vie. Quand le mal est fait, elle ne peut l'effacer, mais vivre avec.

Le test du Traumaq montre que Rima a développé un syndrome de répétition sous forme de ruminations incessantes de l'événement. La répétition peut être interprétée de manière active. En effet, elle peut refléter une tentative de maîtrise de l'évènement pour tenter d'y échapper et

³⁹⁹ ANAUT, M. *La résilience - Surmonter les traumatismes*. Nathan, 2003.

aussi une tentative d'élaboration non aboutie. Comme si Rima cherchait à maîtriser l'évènement, c'est-à-dire : le psychisme cherchant à élaborer l'excitation presque physique qu'il contient en représentant de façon répétée l'évènement traumatisant.

Rima essaye de se libérer des blessures qui lui sont infligées par les autres.

Si la répétition du traumatisme est constructive, cela permet à la personne de donner du sens à l'évènement (tentative de symbolisation).

Rima est dans une étape de tentative de symbolisation.

L'individu résilient est celui dont l'enveloppe psychique se maintient malgré tout ou se restaure, permettant ainsi la mise en sens de l'évènement traumatique, ce grâce à des ressources internes ou bien des apports de l'environnement (M. Delage, 2002).

Les résultats obtenus vont dans le même sens que notre hypothèse :

Pour se construire après un traumatisme, donner du sens et symboliser l'évènement douloureux, il faut :

D'une part,

-Avoir une enveloppe psychique assez forte

Et d'autre part,

-Avoir une estime de soi positive.

En ce qui concerne le vécu en exil :

On peut dire que l'exil pour Rima est porteur d'une potentialité créatrice. En effet, avec la croyance en Dieu, le sens des responsabilités et une volonté farouche de se libérer des fantômes de son passé traumatique, Rima retrouve en exil une potentialité créatrice qui lui a permis de reprendre confiance en elle, ce qui va dans le même sens que notre deuxième hypothèse :

L'influence de l'exil sur l'estime de soi a des conséquences sur le vécu traumatique.

Lorsque l'exil est positif, il renforce l'estime de soi, lorsque l'exil est négatif, il affaiblit l'estime de soi

III.2. Synthèse générale des cas

Pour terminer ce travail, nous allons faire une synthèse générale des éléments que nous avons pu relever dans notre analyse et nous allons tenter de les mettre en lien avec les concepts de notre partie théorique.

III.2.1. Synthèse générale des récits de vie de tous les cas

Nous percevons, à travers le récit de vie, comment l'évènement traumatisant le plus marquant cité par les sujets étudiés a créé un déséquilibre durant des années sur différents niveaux. Chaque cas a énoncé ce qu'il a vécu : les effets de sidération psychologique, l'inquiétude, le désarroi, la peur de mourir.

En effet, tous les cas étudiés montrent que les individus ont subi plusieurs événements traumatiques sur une période donnée suite à une situation extrêmement difficile : guerre, guerre civile, agression, menace à répétition, fuite dans un état de panique, exil forcé. Ce sont des traumatismes extrêmes et cumulatifs.

Ces personnes sont toutes choquées par les événements survenus durant les années de guerre en Irak, surtout la guerre civile de 2006.

La guerre jette des groupes entiers dans des conditions graves et imprévues. Les valeurs qui encadrent l'humain se brouillent, G.-N. Fischer en 1994 a indiqué qu'être projeté dans ces conditions est une « *épreuve extrême qui plonge dans la souffrance et le malheur, l'idée de situation extrême renferme une dimension de violence en ce sens qu'il s'agit d'un bouleversement radical qui ébranle une vie et qui la précipite dans un abîme d'où il n'est pas facile de sortir* ». ⁴⁰⁰ Les Irakiens ont été confrontés à ces violences extrêmes : bombardements, massacres, déportations, nettoyages ethniques, viols, terreur, etc. Ils ont vu la mort de leurs proches, un climat d'insécurité et de violence intense.

Les récits de vie relatent que durant des années, ces situations terribles dans lesquelles les femmes, « les sujets étudiés » étaient projetées les ont confrontées à des affects qui vont au-delà de l'impuissance et de la détresse (R. Roussillon, 2012). L'impensable peut devenir réalité, douleur extrême, douleur comme l'a nommée R. Roussillon (2012) : « *douleur sans sens* ». ⁴⁰¹

Les récits racontent que tous les sujets ont été témoins et/ou victimes de plusieurs événements potentiellement traumatisants, durant lesquels des personnes sont mortes ou ont été menacées de mort. Ce traumatisme est lié à l'effroi qui est le signe de l'absence de préparation du sujet surpris par la soudaineté et la violence de l'évènement. En effet, c'est la rencontre du sujet avec sa propre mort, provoquant une brèche dans l'illusion d'immortalité, qui est à l'origine de l'effraction psychique, laquelle sera de nouveau rencontrée à chaque manifestation du syndrome de répétition. S. Freud a dit en 1915 : « *il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient, nous savons tous que nous allons mourir, mais nous n'y croyons pas, nous vivons comme si nous étions immortels* ». ⁴⁰² Le thème de la mort est omniprésent dans les récits.

Le traumatisme met les sujets devant la vérité absolue de la mort. Ce temps de menace d'anéantissement pousse le sujet à mobiliser des mécanismes de défense pour se protéger. Ce sont ces mécanismes que nous voyons sous la forme de symptômes de l'état post-traumatique.

⁴⁰⁰ FISCHER, G.-N. *Le ressort invisible : survivre aux situations extrêmes*. Paris : Dunod, 1994, p. 11.

⁴⁰¹ ROUSSILLON, R. « Les logiques de survie et la rencontre clinique ». In *Cliniques de l'extrême*. ESTELLON, V., MARTY, F. Armand Colin, 2012, p. 292.

⁴⁰² LEBIGOT, F. « Quels soins immédiats réaliser après catastrophe ou trauma ». In *Les débriefings psychologiques en question*, DE SOIR, E., VERMEIREN, E. Garant, 2002, p. 65.

La temporalité du traumatisé est profondément altérée, le temps est suspendu au moment d'horreur, il y a fixation temporelle et psychique à l'événement traumatique. La mémoire traumatique envahit tout l'espace psychique de façon incontrôlable, le traumatisé reste fixé à la souvenance de son expérience comme si l'impression de revivre l'événement se répétait. C'est ce que l'on nomme le « syndrome de reviviscence ».

Les symptômes de répétition constituent le noyau essentiel et pathognomonique des syndromes psycho-traumatiques. R. Roussillon (2012) a dit « quand, la situation extrême a cessé au-dehors, elle « revient » de l'intérieur, elle hante le sujet, elle est compulsivement réactivée de manière hallucinatoire par la contrainte de répétition, par un automatisme de réinvestissement des traces ». ⁴⁰³ On observe chez tous les sujets étudiés des manifestations de reviviscence sous plusieurs formes : « les flashes, les cauchemars répétitifs de l'évènement, les souvenirs intrusifs, les reviviscences émotionnelles, les ruminations mentales », souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant non seulement un sentiment de détresse, de douleur, de sensations inexplicables, mais aussi des sentiments de honte, de culpabilité et d'estime de soi catastrophique.

Les récits de vie mettent en évidence des souffrances psychiques liées à l'exposition à des violences extrêmes et des déplacements forcés. En effet, la situation extrême que les femmes ont vécue provoque un état de vie dans une autre, une transition impérative vitale, afin de se sauver de la mort. Il faut vite s'habituer à la nouvelle situation.

Les récits révèlent que tous les cas étudiés ont fui avec leurs familles de leur pays d'origine, l'Irak, dans la précipitation et dans un état de panique, sauf Salam qui est venue en Syrie en tant que touriste et qui a décidé d'y rester après que son fils a été kidnappé en Irak.

L. Crocq (1986, 1988, 1998) définit le mot « *panique : une peur extrême - terreur ou épouvante - subite et intense, s'emparant du psychisme d'un individu ou d'un groupe d'individus, et dont les effets sont incontrôlables. Ces effets sont : 1- la suspension du sang-froid et de la critique. 2- un comportement inadapté, soit de sidération psychique et motrice, soit de fuite éperdue, soit d'agitation en tous sens, tempête de mouvements, avec parfois lutte sauvage pour la vie* ». ⁴⁰⁴

⁴⁰³ ROUSSILLON, R. « Les logiques de survie et la rencontre clinique ». In *Cliniques de l'extrême*. ESTELLON, V., MARTY, F. Armand Colin, 2012, p. 293.

⁴⁰⁴ CROCQ, L. *Les paniques collectives*. Odile Jacob, 2013.

Ayant fui l'Irak, leur pays d'origine, dans un état de peur, elles ont laissé derrière elles des membres de leur famille, des proches qui sont morts. C'est la question de la vie, de la mort et de la quête d'un lieu de refuge où elles peuvent continuer à exister. L'histoire de ces femmes est marquée par la souffrance, à laquelle s'ajoute le problème de l'exil. Un nouvel environnement, une rupture violente qui peut entraîner un sentiment de solitude et une perte des repères. En exil, il faut établir un nouveau rapport au monde extérieur différent de son univers réel, son monde à soi est rejeté, comme s'il était exclu, et le nouvel univers n'est plus considéré comme référence. Ce changement n'est pas qu'un changement d'univers extérieur, il correspond à un changement d'univers intérieur, une transition psychique et l'individu doit faire face à cette dure réalité.

On se demande dès lors quel est l'effet de ces états de transition physique et psychique sur l'estime de soi. Quel rapport avec la suite ?

Cet exil entraîne un traumatisme migratoire qui peut mettre en évidence des problématiques autour du deuil, de la perte. Pour T. Nathan (1986) « *toute migration est traumatique parce qu'elle rompt l'homologie entre le cadre culturel externe et le cadre culturel interne intériorisé* ».

Les difficiles épreuves de la vie que les femmes ont subies, sont génératrices d'une grande vulnérabilité et face à ce déséquilibre intrapsychique, chacune dans sa singularité, va recourir à ses ressources internes en s'appuyant sur son environnement afin de faire face et de surmonter le traumatisme.

Le traumatisme, c'est la question de la rencontre avec la mort et la question de la survivance. Dans le cas de nos sujets, la situation extrême est finie et il faut continuer de vivre. Même si on survit, on risque de mourir « psychiquement ». Selon R. Roussillon (2004), la survivance n'est pas la vie.⁴⁰⁵ J. Roisin (2005) définit la survivance comme « *l'activité psychique inconsciente en œuvre chez la personne aux prises avec un traumatisme psychique. Elle désigne un état et un fonctionnement psychique particuliers. Depuis la rencontre avec le néant au cœur de l'expérience traumatisante, l'éprouvé de la vie présente une qualité particulière marquée par la présence insistante de la mort (ce « corps étranger interne »), où se mêlent l'appel de la vie et la répétition mortifère : « vivre sans vie », pour reprendre une expression chère à François Villon* ». ⁴⁰⁶

⁴⁰⁵ ROUSSILLON, R. *Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique*, 2004.

⁴⁰⁶ ROISIN, J. (2005), dans le livre *Les mots du trauma - vocabulaire de psychotraumatologie*. Éditions Philippe Duval, 2011, p. 232.

Le risque de mort mobilise des mécanismes essentiels de survie. Dans de telles conditions se manifeste une sorte d'énergie vitale et de force afin de vivre.

En luttant contre la destruction de situation extrême, les sujets étudiés ont développé des stratégies de survie marquées par le départ, par la faiblesse :

1 - Zeina a fui l'Irak avec sa famille dans un état de panique, elle s'est vue mourir plusieurs fois en prenant le chemin vers la Syrie. Le Traumaq met en évidence l'existence d'un syndrome psycho-traumatique **très fort**. À la suite de l'évènement traumatisant (le kidnapping de sa fille), Zeina développe un fort sentiment de culpabilité. Elle se sent responsable du malheur qui est arrivé à sa fille. Ce type de culpabilité relève d'une recherche de sens : c'est elle qui a poussé sa fille à suivre des cours, si sa fille n'était pas sortie pour suivre les cours, elle aurait pu éviter ce drame, c'est elle la fautive. Le mécanisme de survie, c'est la culpabilité.

2 - Fadhila a subi plusieurs traumatismes : viols par inceste, violence des guerres, terrorisme, agressions physiques et psychiques et le traumatisme de la migration. Le Traumaq met en évidence l'existence d'un syndrome post-traumatique **très fort**. Fadhila se divise pour ne pas sombrer entièrement dans la mort, la stratégie de survie est le clivage.

3 - Salam a vécu des événements troublants. Le Traumaq met en évidence l'existence chez Salam d'un syndrome psycho-traumatique **léger**. Malgré ses blessures, Salam a réussi à se remettre d'un choc et à demeurer relativement stable malgré un environnement turbulent. Salam utilise la stratégie du « faire face ».

4 - Tiba a subi des menaces et violences directes par les soldats américains, ce qui a créé un état d'effondrement et l'apparition soudaine d'une angoisse non-assimilable. Le Traumaq met en évidence un syndrome post-traumatique **très fort**. Tiba développe un sentiment de culpabilité irrationnelle. Tiba se perçoit comme responsable, voire complice de la mort de Saddam Hussein, complice de la perte de son pays, l'Irak. La stratégie de survie de Tiba est la culpabilité.

5 - Bakkia a perdu son fils dans une situation dramatique. Le Traumaq met en évidence l'existence d'un syndrome post-traumatique **très fort**. Bakkia s'effondre dans un état de détresse. L'évènement traumatique a engendré l'apparition d'une douleur mentale qui la fait plonger dans une souffrance. Bakkia est dans un deuil traumatique et une crise de sens de la vie. Bakkia pleure tous le temps.

6 - Karima a subi des événements traumatisants durant les années de guerre. Elle a perdu son mari dans un attentat. Le Traumaq met en évidence l'existence d'un syndrome post-traumatique **moyen**. Karima possède des ressources personnelles (forte croyance) qui lui ont permis de préserver son équilibre. Dans une situation menaçante, Karima, avec son esprit combatif, adopte la stratégie de la confrontation qui l'aide à réduire l'anxiété engendrée par la situation. La stratégie de survie dans son cas est la stratégie du « *coping* ».

7 - Aicha a été menacée directement et témoin de la mort de son fils tué par les soldats américains et l'enlèvement de son deuxième fils. Le Traumaq met en évidence l'existence d'un syndrome post-traumatique **très fort**. Chez Aicha, le vécu traumatique a entraîné une réaction de dissociation où elle s'est sentie impuissante, comme émotionnellement anesthésiée, devant la vue de son fils tué, spectatrice d'une scène extrêmement violente, comme si ça ne la concernait pas, comme si ce n'était pas réel. La stratégie de survie est la dépersonnalisation.

8 - Amal a été directement menacée et témoin de l'enlèvement de son fils et de son mari. Le Traumaq met en évidence un syndrome psycho-traumatique **fort**.

Amal se réfugie dans la responsabilité, dans le travail, pour oublier momentanément sa souffrance (la disparition de son fils et de son mari), on peut parler de mécanisme adaptatif, il peut interdire toute réflexion sur soi par le fait que l'hyperactivité empêche le repos psychique (B. Cyrulnik, 2015).

9 - Amina a affronté des situations traumatisantes. Elle a été directement menacée avec ses enfants par les soldats américains. Le Traumaq met en évidence l'existence d'un syndrome post-traumatique **très fort**. Suite à la violence traumatique qu'elle a subie, des troubles psychosomatiques sont apparus. Amina souffre d'acouphènes et d'hypertension. Un vécu traumatique non élaboré prend corps à travers les maux. On observe aussi chez Amina des conduites d'évitement destinées à éviter tout ce qui est susceptible de rappeler les violences (situations, pensées, sensations...). Amina, pour échapper à sa souffrance, met en place sa stratégie de survie qui est l'évitement.

10 - Rima présente un syndrome post-traumatique **fort**. Rima a développé la capacité d'optimiser et de surmonter les épreuves en réduisant leur impact. L'envie qu'a Rima de faire un stage dans le monde du travail représente une défense qui lui permet de faire face à sa souffrance et qui lui permet aussi d'espérer un avenir lui permettant de trouver un emploi.

Le travail de survivance réalise une adaptation au traumatisme psychique et non son dépassement ou sa résolution (J. Roisin, 2005).⁴⁰⁷

Avancer dans la vie avec les blessures, vivre en même temps que le deuil de personnes chères, des douleurs constantes, des problèmes de santé, un déracinement, des problèmes financiers, une situation instable en exil... Le parcours des cas étudiés révèle qu'en dépit de leurs vulnérabilités, de leurs souffrances, il y a une vraie volonté de revenir à la vie, ces individus disposent d'une force psychique nouvelle qui leur permet de vivre. R. Roussillon (2012) a souligné « *la prise en compte de la réalité n'aboutit plus à une transformation du principe du plaisir en principe de réalité, elle conduit à un renoncement radical à la « logique » du principe du plaisir en tant qu'il est aussi un principe d'intégration psychique. Les « logiques de la survie » l'emportent sur les logiques du plaisir, ce qui peut engendrer une antinomie paradoxale entre plaisir et réalité, où l'un des deux termes doit céder le pas* ». ⁴⁰⁸

Elles reviennent de l'enfer parmi les vivants, elles ont besoin de soutien, de quelqu'un qui écoute l'énonciation de l'expérience vécue. La plupart des femmes sombre dans la douleur sans jamais pouvoir trouver une écoute qui les aide à exprimer leur détresse. Rappelons que, dans le cas de nos sujets, la souffrance psychique dure depuis des années et ne fera jamais objet d'un traitement. En effet, ces femmes n'avaient jamais eu accès à une prise en charge psychologique.

Se pose la question de l'absence de reconnaissance de la souffrance de ces femmes.

Elles ont fait le récit des événements tragiques où elles ont été confrontées à plusieurs reprises à l'insécurité et à des scènes insoutenables. Les mots sont difficiles à trouver pour décrire ce qui est vécu. Le souvenir de l'événement est souvent d'une extraordinaire précision. Beaucoup d'angoisses liées à l'attaque de la fonction psychique sont apparues (pare-excitation).

La trajectoire de vie est brisée. La vision du monde et de la vie est changée : le monde devient plein de dangers. La capacité à faire confiance est très affectée, ce sont les liens avec autrui qui sont atteints après la traversée de ces expériences traumatisantes. La souffrance vient du mal qui leur a été fait. Elles ont continué à vivre avec un profond sentiment d'injustice.

⁴⁰⁷ ROISIN, J. (2005), dans le livre : *Les mots du Trauma - vocabulaire de psychotraumatologie*, DAMIANI, C., LEBIGOT, F., Éditions Philippe Duval, p. 233.

⁴⁰⁸ ROUSSILLON, R. Les logiques de survie et la rencontre clinique, dans le livre : *Cliniques de l'extrême*, ESTELLON, V., MARTY, F. Amand Colin, 2012, p. 293.

On entend les plaintes somatiques décrites par tous les cas étudiés, leur santé est fortement fragilisée. La souffrance parle à travers le corps. C'est par le biais des troubles corporels qu'elles trouvent les mots pour parler de leurs malheurs.⁴⁰⁹

On observe aussi la problématique nostalgique : le déplacement, la perte de la terre natale, la rupture familiale et sociale et la destruction du contenant culturel, ce qui entraîne un vécu douloureux imprégné par la solitude et le sentiment de perte d'appartenance à un groupe.

En écoutant les souffrances de ces femmes, on se rend compte de la durée et de l'intensité de l'évènement traumatique. « Le caractère traumatique du choc dépend de la violence de l'agression, mais aussi de l'état du psychisme qui le subit » (L. Crocq, 2012).

Les récits des cas décrivent des situations de changement radical d'existence après la traversée des événements traumatisants.

Ces femmes présentent de manière très vive les symptômes classiques de l'état de stress post-traumatique : anxiété, insomnie, dépression, flash-back et cauchemars, manque d'amour-propre et effondrement des relations.

Le traumatisme psychique, c'est l'expérience de l'impensable, du non-sens « le travail d'élaboration psychique aurait une place essentielle dans la psychopathologie du traumatisme psychique, expérience de non-sens. La restitution du sens participerait à l'obtention d'une résolution de la souffrance ressentie » (M. Abondo, 2007).⁴¹⁰ Donner un sens à ce qui n'en a pas, tout en remettant ordre et signification dans le monde intérieur, permettant de relier l'avant et l'après du traumatisme psychique et rendrait sa cohérence à une histoire de vie. K. Chahraoui (2014) indique que : « *le point de départ de la construction du sens est sans doute la possibilité de partager ce moment intense avec un autre* ». ⁴¹¹

Penser l'impensable : les cas ont réussi à verbaliser leur vécu traumatique, la mise en mots, en récit, du vécu traumatique et des émotions qui y étaient liées. C'est un travail de mentalisation. Le récit permet l'élaboration de l'expérience.

⁴⁰⁹ BOLZINGER, A. *Histoire de la nostalgie*, 2008.

⁴¹⁰ ABONDO, M. *Les capacités d'élaboration : concept transdimensionnel*. Annales médico-psychologiques, 2007, Volume 165, N° 4, p. 241-245.

⁴¹¹ CHAHRAOUI, K. *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*. Paris : Dunod, 2014, p. 129.

E. Josse, dans son article « *Métaphore et traumatisme psychique* », a souligné qu'« *en racontant la scène traumatique, la pensée est ainsi reconstruite dans sa fonction de contenant et devient un moyen efficace pour contrebalancer l'impact traumatique* ».

Ces femmes ont fait le récit de leur histoire en mettant en scène les aspects de l'expérience vécue les plus douloureux et les plus signifiants pour elles.

À la fin de l'entretien, après que chaque cas étudié a fait la narration de son vécu dramatique, les réponses à la question « **quel sens donnez-vous aujourd'hui à ce vécu ?** » ont été les suivantes :

1- Zeina répond : « ***La vie c'est rien (vide), celui qui déteste sa vie, déteste tout*** ». « La vie c'est rien », « c'est vide », représentent un manque d'élaboration psychique. Zeina n'arrive pas à présenter son vécu traumatisant. Zeina est dépossédée de son rôle de mère. Il n'y a plus de sens à sa vie.

2- Fadhila me répond : « ***je souhaite la mort*** ». Fadhila est détruite psychiquement.

3- Salam me répond : « ***La croyance en Dieu, n'importe quelle croyance donne la force à dépasser les épreuves psychiques*** ». Elle est dans un processus de représentation basé sur la croyance.

4- Tiba, répond : « ***n'entrez- pas dans le même jeu, Dieu protège la Syrie, il ne nous reste que la Syrie*** ». Ce cri contient la nécessité de sauver la Syrie, le pays qui remplace le pays natal. Le sentiment d'exister, d'occuper un lieu et d'être sujet constitue une seule et même donnée, l'espace doit être psychisé. Si la Syrie est détruite comme l'Irak, le sentiment d'exister est anéanti.

5- Bakkia dit de sa vie qu'elle a perdu toute signification. La réponse de Bakkia montre une incapacité à mettre en mots une représentation.

6- Karima me répond (**merci Dieu**) : « ***j'ai une forte croyance*** », en versant des larmes. Dieu a dit : « Soyez reconnaissants et j'accroîtrai mes grâces », (Sourate XIV Abraham, verset 7). Pour Karima, le sens de sa vie est dans la voix de la spiritualité.

7- Aicha a répondu : « ***mon but est de m'occuper de ma fille***, il ne reste qu'elle dans ma vie, je veux réaliser ce qu'elle veut ». Aicha a trouvé sa raison de vivre. Le sens de sa vie est à travers son rôle de mère.

8- Amal me répond : « le sens de la vie pour moi est la responsabilité ». La responsabilité, l'engagement, ont donné du sens à la vie d'Amal.

9- Amina me répond : « *soyez clément avec l'être humain, il ne nous laisse pas vivre, il ne nous laisse pas nous sentir en sécurité, il nous a détruit psychologiquement* ».

C'est dans les pensées, croyances et les valeurs qu'Amina trouve du sens à sa vie.

10- Rima me répond « *l'espoir, inchallah, si Dieu veut nous donner la délivrance. Si je perds espoir ; je ne peux plus attendre. Il faut attendre...* ». C'est par la pensée positive et les interrogations sur elle-même que Rima cherche à trouver du sens dans sa vie.

L'activité de symbolisation permet au sujet d'attribuer subjectivement un sens aux événements qu'il vit, sens s'énonçant principalement par la parole et donc accessible à l'autre (M. Abondo, 2007).⁴¹²

Tous les sujets ont fait le récit de leur vécu traumatique mais Zeina, Tiba et Bakkia considèrent ces événements comme les plus intenses et les plus importants de leurs vies.

- Chez Zeina et Bakkia, le récit ne constitue plus un moyen de donner sens à sa vie.
- Fadhila est une victime d'inceste, la souffrance qui affecte le vécu psychique est spécifique et destructrice, reflétant particulièrement l'existence de difficultés d'adaptation psychologique et sexuelle.
- Salam, Karima, Amina et Rima ont réussi à exprimer et dérouler leurs représentations culturelles qui ont la capacité de donner un sens à l'insensé.
- Amal et Rima ont eu la possibilité de remanier la représentation de leur trauma par l'action.

Pour conclure :

G.-N. Fischer (2003) a indiqué que : « *ce qui nous arrive dépend pour une grande part de la façon dont nous nous le représentons intérieurement et le vivons en conséquence* ». ⁴¹³

Tous les sujets étudiés ont vécu des années de guerres, de violence, de menaces, etc. Les effets de la guerre en Irak sont devenus habituels. Le malheur de la guerre a créé un **endurcissement** face à l'adversité chez elles.

Les récits de vie révèlent que, au fond de chaque cas, en dépit des blessures, des souffrances, il y a une forte volonté de reconstruire, de vivre.

⁴¹² ABONDO, M. *Les capacités d'élaboration : concept transdimensionnel*. Annales médico-psychologiques, 2007, Volume 165, N° 4, p. 241-245.

⁴¹³ FISCHER, G.-N. *Les Blessures psychiques*. Odile Jacob, 2003, p. 234.

III.2.2. Synthèse générale du questionnaire d'évaluation du traumatisme (Traumaq)

Selon le *DSM-IV*, l'événement déclencheur est l'exposition à un événement traumatique dans lequel :

- 1- le sujet a vécu, a été témoin, ou bien a été confronté à un ou des événements durant lesquels des personnes sont mortes ou ont été menacées de mort, ou gravement blessées, ou bien durant lesquels sa propre intégrité physique ou celle des autres a été menacée.
- 2- la réponse du sujet s'est caractérisée par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur (ce qui correspond à l'effroi).

Les réponses aux questionnaires du Traumaq montrent que TOUS les sujets étudiés ont été exposés à ce critère de l'événement traumatisant.

L'échelle A concerne le ressenti **pendant le déroulement de l'événement**.

L'intensité de la manifestation du traumatisme est mesurée à l'aide d'une échelle se composant de nulle « 0 » à très forte « 3 ».

L'échelle A contient 8 items :

- A1 « Avez-vous ressenti de la frayeur ? ».
- A2 « Avez-vous ressenti de l'angoisse ? ».
- A3 « Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ? ».
- A4 « Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des sueurs, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ? ».
- A5 « Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réaction adaptée ? »
- A6 « Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou assister à un spectacle insoutenable ? »
- A7 « Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ? »

- A8 « Vous êtes- vous senti impuissant(e) ? ».

A la question A6 : « *avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou assister à un spectacle insoutenable ?* », les réponses sont :

1-Zeina, sa réponse à la question A6 a été le chiffre « 3 : très forte ». Zeina s'est « plusieurs fois bien vue mourir », lorsque elle a appris que sa fille avait été kidnappée, elle était « submergée par l'angoisse et s'est sentie impuissante, incapable de réactions adaptées, elle ne pouvait ni pleurer ni crier ».

2-Fadhila, sa réponse à la question A6 a été le chiffre « 3 : très forte », Fadhila a été anesthésiée et kidnappée par un groupe de terroriste, quand elle s'est réveillée, elle s'est sentie impuissante indifférente, incapable de réaction adaptée.

3-Salam : sa réponse à la question A6 a été le chiffre « 1 : faible », à l'échelle A, elle obtient la note de 18 ; soit une note étalonnée de 3 (moyen). En effet, Salam n'a pas été directement confrontée à la mort, mais quand elle a appris le kidnapping de son fils, elle a ressenti un sentiment d'impuissance. C'est l'angoisse, face à l'immense peur de perdre son fils. Salam a vécu un autre événement traumatisant : une bombe est tombée dans son jardin, elle a été submergée par la peur et l'angoisse qu'il arrive du mal à ses enfants.

4-TIBA : sa réponse à la question A6 a été le chiffre « 3 : très forte », Tiba a été directement menacée, attachée et frappée par les soldats américains, elle « s'est vue mourir », elle a été submergée par l'angoisse, s'est sentie impuissante, et a perdu conscience.

5-Bakkia : sa réponse à la question A6 a été le chiffre « 3 : très forte », Bakkia a assisté à un spectacle insoutenable : l'assassinat de son fils, dont les réactions immédiates se manifestent par une impression de déréalisation.

6-Karima : sa réponse à la question A6 a été le chiffre « 1 : faible », (note faible de 10 à l'échelle A, soit une note étalonné de 2). Quand les Américains sont entrés dans la mosquée de façon violente, Karima a pris conscience de la menace et a compris qu'elle pouvait mourir. Il s'agit plus d'une peur de mourir que d'une véritable conviction, elle a cherché à réagir. Sa réaction était adaptée.

7-Aicha : sa réponse à la question A6 a été le chiffre « 3 : très forte », Aicha a été témoin de la mort de son fils, tué par les Américains, elle était dans un état de sidération, impuissante, incapable de réagir et de sauver son fils, puis elle a été victime directe de menaces par les soldats américains quand ils sont entrés chez elle et ont enlevé son deuxième fils.

8-Amal : sa réponse à la question A6 a été le chiffre « 3 : très forte », Amal a été victime et témoin d'un terrible événement où sa vie et la vie de sa famille a été menacée. Son mari et son fils ont été enlevés devant ses yeux. Elle a crié, couru vers son fils afin de le sauver et d'empêcher les terroristes de le prendre, elle a subi des violences physiques. Sa réaction a été l'alerte et la mobilisation.

9-Amina : sa réponse à la question A6 a été le chiffre : « 3 : très forte », Amina « s'est bien vue mourir plusieurs fois avec sa famille ». Amina a subi des menaces directes par les Américains, elle était terrifiée, sa réaction immédiate a été l'impuissance.

10-Rima : sa réponse à la question A6 a été le chiffre « 3 : très forte ». Rima a été directement menacée par les terroristes et témoin d'un horrible événement où elle a pensé qu'elle allait perdre son fils et son mari, sa réaction a été l'agitation : réaction immédiate inadaptée, « stress dépassé ».

Les résultats obtenus aux questionnaires de Traumaq montrent que TOUS les sujets étudiés ont répondu « oui » à la question A6. Elles ont toutes décrit la situation vécue avec les effets de sidération psychologique, la peur de mourir avec la conviction que la mort les entourait. Les symptômes immédiats sont le signe de l'effroi et de la sidération que provoque la rencontre avec la réalité de la mort, **sauf** pour deux cas : **Salam et Karima**, dont leurs réponses montrent qu'elles n'ont pas eu la conviction qu'elles allaient mourir.

En comparant les notes obtenus à l'échelle A, on voit que :

-Salam obtient la note de 18 à l'échelle A.

-Karima obtient la note de 10 à l'échelle A.

La réponse de Salam à la question A6 est « 1 » : faible, elle ne pensait pas qu'elle allait mourir, mais Salam a une note moyenne à l'échelle A (18, soit une note étalonnée de 3), ce qui signifie que Salam était effrayée, mais qu'elle n'a pas directement été confrontée à la mort. Pour cela, elle a répondu par le chiffre « 1 : faible », mais Salam a vécu un moment terrible : son fils a été kidnappé par un groupe de terroristes, l'idée que son fils puisse être tué par les terroristes tourne dans sa tête, image violente, une imagination débordée par la peur, pensée extrême d'angoisse. C'est comme si Salam avait assisté dans son imagination à un spectacle insoutenable, un scénario effrayant qui peut devenir une réalité dramatique en se rendant compte de la situation dangereuse où se trouvait son fils. Cette vision interne entraîne

un état de terreur paralysant, Salam a ressenti de la frayeur (A1, réponse chiffre 3 : très forte), l'angoisse (A2, réponse chiffre 3 : très forte) et elle était dans un état second (A3, réponse chiffre 3 : très fort), elle a eu l'impression d'être paralysée, (A5, réponse chiffre 2 : forte) et elle s'est sentie impuissante, (A8, réponse chiffre 3 : très fort). Ce qui justifie la note moyenne à l'échelle A.

Karima, la note à l'échelle A n'est pas élevée, Karima a entendu des bombardements très forts, elle a ressenti de la frayeur (A1, réponse chiffre 3 : très forte), et de l'angoisse (A2, réponse chiffre 3 : très forte), elle tremblait (A4, réponse chiffre 2 : fortes). Mais elle n'a pas été directement confrontée à la mort.

Les échelles (B, C, D, E, F, G, H, I, J), abordent le ressenti actuel, c'est-à-dire **depuis l'événement**.

L'échelle B, (4 items) vérifie le symptôme pathognomonique de répétition :

« Les reviviscences, l'impression de revivre l'événement, les flashes et l'angoisse attachée à ces répétitions ».

-B1 « Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ? ».

-B2 « Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ? ».

-B3 « Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ? »

-B4 « Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ? ».

Les réponses à l'échelle B montrent que :

- Zeina, Fadhila, et Amina : obtiennent une note à l'échelle B de 12 qui correspond à la note maximale. Elles valident le test. Elles ont le symptôme pathognomonique de répétition.
- Aicha et Tiba : obtiennent une note à l'échelle B de 10, durant la journée les images forcées s'imposent à Aicha et Tiba (item B1), la nuit est chargée par des cauchemars (item B2), et elles ressentent une angoisse lorsqu'elles repensent à l'événement.
- Bakkia : obtient une note à l'échelle B de 8. Bakkia revit l'événement « comme si », avec l'impression que l'événement va se reproduire (item B1), et c'est l'angoisse ressentie lorsqu'elle repense à l'événement (item B4).

- Amal, Rima et Karima : obtiennent une note à l'échelle B de 7. L'image horrible de l'évènement s'impose à Amal et Rima durant la journée. Pour Karima le passé est présent seulement la nuit à travers les cauchemars item (B2).
- Salam : obtient une note à l'échelle B de 2.

Les résultats montrent que chez tous les sujets étudiés l'évènement traumatique est revécu de façon persistance d'une manière ou d'une autre, sauf dans le cas de Salam.

Salam ressent un peu d'angoisse lorsque elle repense à l'évènement (item B4, note 1 ; faible) et la nuit à travers les rêves (item B2, note 1 ; faible).

Salam n'a pas le syndrome de reviviscence.

Les résultats à l'échelle B indiquent que la reviviscence de l'évènement traumatique est sous forme : de flashes chez Amina, Fadhila et Zeina, de cauchemars répétitifs de l'évènement chez Aicha, Karima et Rima, de souvenirs intrusifs chez Bakkia et Amal, de reviviscences émotionnelles chez Tiba.

Salam n'a pas les syndromes de répétition.

Les symptômes de répétition apparaissent généralement après un temps de latence de quelques jours à quelques semaines et se traduisent par des reviviscences de l'évènement traumatique.⁴¹⁴

En effet, la reviviscence du vécu traumatique condamne souvent les blessés au rôle de spectateur impuissant à agir sur sa destinée, ce qui donne à l'existence présente une infinie tristesse.

L'échelle C vérifie le trouble du sommeil.

Les résultats obtenus à l'échelle C montrent que les troubles du sommeil sont présents chez tous les cas **sauf Salam**.

Salam obtient à l'échelle C la note de 1 : faible. Salam n'a pas de trouble du sommeil.

-Les réponses à l'item C1 : « *depuis l'évènement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?* » confirme les difficultés d'endormissement chez tous les cas **sauf** Salam, Karima et Fadhila.

⁴¹⁴ CHAHRAOUI, K. *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*. Paris : Dunod, 2014, p. 13.

-Les réponses à l'item C2 : « faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ? » montrent que durant la nuit, la moitié des cas étudiés font des cauchemars (Zeina, Tiba, Aicha, Amal, Amina).

-Les réponses à l'item C3 : « avez-vous plus de réveils nocturnes ? » révèlent que le réveil nocturne est présent chez tous les cas **sauf** dans le cas de Salam et de Fadhila.

-Les réponses à l'item C4 : « avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ? » vérifie que tous les cas ont l'impression de ne pas dormir **sauf** Salam, Karima et Amina

-Les réponses à l'item C5 : « êtes-vous fatiguée au réveil ? » montrent que tous les cas sont dans un état de fatigue au réveil **sauf** Salam et Karima.

En effet, Zeina obtient la note maximale à l'échelle C (15). Zeina valide les données du test.

Bakkia et Tiba, concernant leur note obtenue à l'échelle C (13) montre que Bakkia a l'impression qu'elle ne dort pas et que ses nuits sont chargées d'angoisse (item C4), et au réveil elle est fatiguée (item C5). Quant à Tiba, les nuits sont chargées d'angoisses caractérisées par des réveils nocturnes (item C3), elle fait des rêves terrifiants (item C2).

Aicha et Amal, pour leur note obtenue à l'échelle C (12), montrent des difficultés d'endormissement (item C1), leurs nuits sont marquées par des rêves terrifiants (item C2) et au réveil, elles sont fatiguées (item C3) et ont des difficultés d'endormissement (item C1).

Amina, concernant sa note obtenue à l'échelle C (11), montre des difficultés d'endormissement (item C1).

Dans le cas de Rima, la note obtenue à l'échelle C (8) traduit des difficultés d'endormissement mais elle ne fait pas de cauchemar et elle est fatiguée au réveil.

Concernant Karima, la note obtenue à l'échelle C (5) montre qu'elle fait des cauchemars (item C2) avec des réveils nocturnes (item C3).

Fadhila obtient à l'échelle C la note de 3. Elle dort comme si elle était morte, et au réveil, elle est fatiguée.

L'échelle D, vérifie l'état d'angoisse, l'état d'insécurité et les évitements phobiques.

-l'état d'angoisse : item D1, D2, D3

-item D1 : « êtes-vous devenue anxieuse, tendue depuis l'évènement ? ».

-item D2 : « avez-vous des crises d'angoisse ? ».

-item D3 : « *craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'évènement ?* ».

Les réponses à l'item D1, D2 et D3 révèlent que tous les cas étudiés ont comme point commun d'éprouver des angoisses importantes : angoisses dépressives, **sauf Karima et Salam**.

-Karima ne fait pas de crises d'angoisse, par contre, elle est dans l'évitement. En effet, à l'item D3, elle a répondu par le chiffre « 2 : fort », elle craint de se rendre sur des lieux en rapport avec l'évènement.

- Salam n'est pas dans un état d'angoisse.

-**L'état d'insécurité** : item D4 : « *vous sentez-vous en état d'insécurité ?* ». Les réponses révèlent que tous les sujets étudiés ont un sentiment d'insécurité, **sauf Karima** dont la réponse est le chiffre « 1 : faible ».

- **L'évitement phobique** : item D 5 : « *évitiez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'évènement ?* ». Les réponses à l'item D5, révèlent que tous les cas étudiés adoptent la stratégie d'évitement des lieux et des situations qui évoquent l'évènement.

L'échelle E vérifie les changements survenus sur le plan de la sensibilité perceptive (bruit, méfiance, irritabilité, colère, agressivité), la perte de contrôle.

- Les réponses à l'item E1 « *vous sentez-vous plus vigilante, plus attentive aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?* » vérifie les changements survenus sur le plan de la sensibilité au bruit. Tous les cas étudiés sursautent au moindre bruit. Le traumatisme a fait un blocage de la fonction de filtration (O. Fenichel, 1945), elles n'ont plus la capacité de filtrer dans l'environnement ce qui est dangereux de ce qui ne l'est pas.

- Les réponses à l'item E2 : « *vous estimez-vous plus méfiante qu'auparavant ?* » révèlent que toutes les femmes étudiées sont devenues méfiantes sauf **Karima**.

En effet, pour la plupart des survivants d'événements traumatisants, la méfiance envers autrui est un sentiment dominant et persistant.

La gravité du trauma subi durant les années de guerre et la violence organisée par l'autre pendant la guerre civile a fait que le blessé perçoit l'autre comme un être dangereux et l'assimile à ceux qui l'ont fait souffrir et par rapport à la réalité en général. Ce n'est qu'avec le temps et les expériences qu'elles parviennent à sélectionner les personnes qui sont selon elles dignes de confiance.

- Les réponses à l'item E3 : « *êtes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ?* » montrent des changements au niveau de l'irritabilité chez tous les cas **sauf chez Salam et Karima.**

- Les réponses à l'item E4 : « *avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs...) ou avez-vous d'avantage tendance à fuir une situation insupportable ?* » révèlent que tous les cas sont devenus coléreux **sauf Salam et Amina.**

- Les réponses à l'item E5 : « *vous sentez-vous plus agressive ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'évènement ?* » révèlent que la tendance à être plus agressive n'est présente que chez : Fadhila, Tiba et Amina. En effet, elles ont répondu par le chiffre « 2 : fort ».

- Les réponses à l'item E6 : « *avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'évènement ?* » révèlent qu'il n'y a pas eu de comportement agressif **sauf chez Fadhila.**

L'échelle F, vérifie les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles additifs.

Les résultats révèlent que tous les sujets étudiés souffrent de troubles psychosomatiques, **sauf Salam** qui n'a pas de plaintes somatiques.

Le trouble psychosomatique est le symptôme qui est chargé de traduire la souffrance psychique (principe de la somatisation). La souffrance s'exprime à travers le corps en fonction de la constitution et de la sensibilité propre à chacun. Le trouble corporel empêche le blessé de vivre normalement, c'est l'expérience de la souffrance.

L'échelle G, (3 item) vérifie les troubles cognitifs (mémoire, concentration, attention)

Les résultats obtenus à l'échelle G révèlent que :

-les réponses à l'item G1 : « *avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?* », vérifie la présence de troubles de concentration chez tous les cas étudiés **sauf Salam.**

-les réponses à l'item G2 : « *avez-vous plus de « trous de mémoire » qu'auparavant ?* », révèlent que les troubles de la mémoire sont présents chez tous les cas **sauf chez Fadhila et Salam** qui n'ont pas de trouble de la mémoire.

-Fadhila obtient un score de 2 à l'échelle G. Fadhila à l'item G1 a répondu par le chiffre « 2 : fort). Fadhila a des difficultés à se concentrer.

-Salam obtient un score de « 2 », note nulle (1 : Faible) à l'item G2 et G3.

Cela traduit que **Salam n'a pas de trouble cognitif.**

Les réponses à l'item G3 : « *avez-vous des difficultés à vous rappeler l'évènement ou certains éléments de l'évènement ?* » révèlent que chez tous les cas étudiés, il n'y a pas de difficulté à se rappeler l'évènement.

L'échelle H, 8 items, vérifie l'état de dépression.

- H1 « *Avez- vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'évènement ?* »
- H2 « *Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'évènement ?* »
- H3 « *Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?* »
- H4 « *Êtes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?* »
- H5 « *Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?* »
- H6 « *Éprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?* »
- H7 « *Depuis l'évènement, votre avenir vous a- t-il paru ruiné ?* »
- H8 « *Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?* ».

- 1- Zeina obtient un score de 19, Zeina est dans un état dépressif.
- 2- Fadhila obtient un score de 24, c'est la note maximale, elle valide le test, Fadhila se plaint d'un état dépressif important.
- 3- Salam obtient un score de 5. Salam a un peu perdu l'intérêt qu'elle pour certaines choses importantes pour elle.
- 4- Tiba obtient un score de 18, elle est dans un état de dépression.
- 5- Bakkia obtient un score de 20, elle se plaint d'un état dépressif important, elle plonge dans un deuil traumatique.
- 6- Karima obtient un score de 11, Karima perd de l'énergie, elle est dans un état de tristesse.
- 7- Aicha obtient un score de 18, elle est dans un état dépressif.
- 8- Amal obtient un score de 7, Amal est épuisée, triste et l'avenir lui paraît ruiné.
- 9- Amina obtient un score de 13, Amina a perdu de l'intérêt pour des choses importantes pour elle et elle est dans un état de détresse.
- 10- Rima obtient un score de 12, Rima est dans un état de détresse, de fatigue et elle a perdu tout intérêt pour les choses.

Les résultats montrent que les états dépressifs sont présents chez tous les cas et varient d'un cas à l'autre au niveau de l'intensité.

Le plus fort état de dépression est chez Fadhila.

On peut observer : le deuil impossible chez Bakkia ; le sentiment de culpabilité qui fait plonger Zeina et Tiba dans la détresse ; la perte de repère chez Aicha qui a tendance à s'isoler ; le fait qu'Amina et Rima ont perdu tout intérêt pour des sujets qui étaient importants pour elles avant l'évènement ; le fait que Karima perd son énergie et que l'avenir lui paraît sombre ; l'épuisement d'Amal.

Salam obtient la note de 5 (soit note étalonnée de 3 : moyen), c'est la note la moins basse par rapport aux autres **mais Salam est la seule à prendre un médicament antidépresseur.**

Le traumatisme enferme le blessé dans la souffrance ; être dépressif est la conséquence d'une altération profonde de l'état affectif provoquée par la blessure.⁴¹⁵

-Les réponses à l'item H5 révèlent que chez tous les sujets, il n'y a pas d'idées suicidaires, **sauf chez Fadhila.**

En effet, malgré la souffrance, les blessures et le vécu migratoire difficile, et parfois humiliant, aucun des sujets étudiés (à part Fadhila) n'a pensé à se suicider.

L'échelle I, (7 items), vérifie la culpabilité, la honte, le changement dans sa façon de voir la vie.

-I1 « *Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?* ».

-I2 « *Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'évènement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?* »

Les réponses à l'item I1, I2, sont le chiffre 0 chez tous les cas, sauf pour Zeina dont le chiffre est 3, très fort.

-I3 « *Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?* »

⁴¹⁵ FISCHER, G.-N. *Les blessures psychiques*. Odile Jacob, 2003, p. 68.

-I4 « *Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?* »

-I5 « *Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?* »

-I6 « *Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?* »

-I7 « *Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?* »

- 1- Zeina, obtient à l'échelle I « 21 », note maximale, Zeina valide le test.
- 2- Fadhila, obtient à l'échelle I « 15 », Fadhila se sent humiliée, dévalorisée, elle ressent de la haine et sa manière de voir la vie a changé.
- 3- Salam, obtient à l'échelle I « 5 », Salam a l'impression que sa façon de voir la vie et les gens a changée.
- 4- Tiba, obtient à l'échelle I « 13 », Tiba se sent humiliée, dévalorisée, elle est en colère, et elle pense qu'elle n'est plus comme avant
- 5- Bakkia, obtient à l'échelle I « 12 », elle éprouve de la colère, elle se sent dévalorisée et complètement changée.
- 6- Karima, obtient à l'échelle I « 9 », Karima se sent dévalorisée et changée dans sa façon de voir la vie, elle-même et les autres.
- 7- Aicha, obtient à l'échelle I « 14 », Aicha ressent de l'humiliation, de la dévalorisation, de la colère, et se sent complètement changée.
- 8- Amal, obtient à l'échelle I « 11 », Amal ressent de l'humiliation, de la colère et a l'impression d'être complètement changée.
- 9- Amina, obtient à l'échelle I « 4 », elle pense qu'elle n'est plus comme auparavant.
- 10- Rima, obtient à l'échelle I « 13 », ce qui montre que depuis l'évènement, Rima a l'impression que sa vie est complètement bouleversée, et qu'elle éprouve de la colère et de l'humiliation.

Les réponses à l'échelle I révèlent que le sentiment de culpabilité n'est présent que chez **Zeina**. Les autres cas n'ont aucun sentiment de culpabilité.

Tous les sujets se plaignent de ressentir l'impression d'avoir complètement changé, item (I 7) et le changement se traduit dans leur façon de voir la vie, de voir les autres et de se voir eux-mêmes.

L'échelle J, (11 items), vérifie les répercussions sur la qualité de vie.

- Les réponses à l'item J1 : « *poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?* » est « oui » pour Fadhila, Salam, Amina, Amal, Rima, et Zeina.

Salam travaille au centre, Amal fait des petits boulots afin de nourrir ses enfants, Fadhila, Zeina, et Rima suivent des formations (anglais, couture, informatique...) au centre.

Bakkia, Karima, Tiba et Aicha ne font aucune activité car elles sont plus âgées.

- Les réponses à l'Item J2 : « *avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?* », montrent que seules Salam et Amina ont répondu **oui**.

- Les réponses à l'item J3 « *continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?* » sont **oui** chez Salam, Tiba, Karima et Amina.

- Les réponses à l'item J4 : « *avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfants, parents, etc.) depuis l'événement ?* » montrent que Salam, Karima, Aicha, Bakkia, Amina, Amal, et Tiba ont répondu NON.

- Les réponses à l'item J5 : « *vous sentez-vous incomprise par les autres ?* » montrent que Zeina, Fadhila, Tiba, Aicha, Bakkia, et Rima ont l'impression d'être incomprises par les autres

- Les réponses à l'item J6 : « *vous sentez-vous abandonnée par les autres ?* », montrent que Zeina, Fadhila, Tiba et Amal ont répondu « oui ».

- Les réponses à l'item J7 : « *avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?* », montrent, par la réponse « **non** », qu'Aicha, Karima, Tiba, Amal, Amina, et Rima n'ont pas trouvé de soutien dans leur entourage.

- Les réponses à l'item J8 : « *recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?* » montrent que tous les cas ont répondu **oui**, sauf : Zeina, Fadhila et Bakkia.

- Les réponses à l'item J9 : « *pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?* » sont « **non** » chez tous les cas **sauf** chez Salam et Amal.

- Les réponses à l'item J10 : « *y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?* » est « **non** » chez tous les cas.

- Les réponses à l'item J11 : « *Avez-vous l'impression d'être moins concernée par les évènements qui touchent votre entourage ?* » c'est « **Non** », chez : Salam, Amal et Amina.

Salam obtient à l'échelle **J** la note de 1. En effet, Salam travaille et continue de voir ses amis et elle a trouvé du soutien auprès de ses proches.

Salam tient sa vie en main.

Les réponses à l'échelle **J** révèlent que la qualité de vie est complètement dégradée chez tous les sujets étudiés par la guerre et les bouleversements qu'elle a créés dans la vie de l'être humain. Toute opération de guerre est la manifestation du mal, elle attaque le lien avec l'autre et surtout la guerre civile attaque au profond l'être humain dans son humanité.

Les cas étudiés ont été exposés à des situations violentes extrêmes, ce qui a engendré des déplacements forcés. En exil, les liens sont rompus, les femmes sont loin de leurs proches, de leurs amis, de leurs habitudes, de leurs activités.

Cette situation affecte l'individu qui se trouve désorganisé.

Le traumatisme psychique bouleverse l'existence d'une personne. Le trauma isole, l'attachement s'éteint, le chaos des événements augmente le manque de stabilité affective.

Les traumatisés sont prisonniers de leur traumatisme, un nouveau monde interne qui engendre une nouvelle vision du monde, de soi-même, c'est-à-dire une nouvelle façon d'être.

Les résultats aux questionnaires Traumaq mettent en évidence l'existence chez :

- | | | |
|--------------|--------------------------------|-------------------|
| 1- Zeina : | d'un syndrome post-traumatique | très fort. |
| 2- Fadhila : | d'un syndrome post-traumatique | très fort. |
| 3- Salam : | d'un syndrome post-traumatique | léger. |
| 4- Tiba : | d'un syndrome post-traumatique | très fort. |
| 5- Bakkia : | d'un syndrome post-traumatique | très fort. |
| 6- Karima : | d'un syndrome post-traumatique | moyen. |
| 7- Aicha : | d'un syndrome post-traumatique | très fort. |
| 8- Amal : | d'un syndrome post-traumatique | fort. |
| 9- Amina : | d'un syndrome post-traumatique | fort. |
| 10- Rima : | d'un syndrome post-traumatique | fort. |

Le Traumaq révèle aussi que ces femmes n'avaient jamais eu accès à une prise en charge psychologique. Aucune proposition de soins n'a été énoncée durant la phase d'installation du trouble psycho-traumatique, ni rapidement après.

Les questionnaires Traumaq nous ont aidés à recueillir un grand nombre d'informations qui ont permis d'évaluer les troubles traumatiques et de saisir les modifications de personnalité suite à un événement traumatique.

III.2.3. Synthèse générale de l'estime de soi

Les résultats obtenus au test de l'estime de soi de Rosenberg révèlent que :

- l'estime de soi chez : Zeina, Fadhila et Bakkia, est **très faible**.
- l'estime de soi chez : Tiba, Aicha, Amina et Rima, est **faible**.
- l'estime de soi chez : Salam, Karima et Amal, est dans la **moyenne**.

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg est composée de 10 items :

- 5 correspondent à une **forte** estime de soi (1, 2, 4, 6, et 7).
- 5 correspondent à une **faible** estime de soi (3, 5, 8, 9, et 10).
-

1- Les résultats obtenus aux 5 items (1, 2, 4, 6, et 7) qui correspondent à une forte estime de soi :

-Item : 1- *« je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre » :*

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
	1	2	3	4
1-Zeina			X	
2-Fadhila			X	
3-Salam			X	
4-Tiba			X	
5-Bakkia			X	
6-Karima			X	
7-Aicha			X	
8-Amal				X
9-Amina			X	
10-Rima				X

Pratiquement tous les cas ont répondu par le chiffre 3 : plutôt en accord.

Amal et Rima ont répondu par le chiffre 4 : tout à fait en accord.

Les réponses des cas étudiés renvoient au sentiment interne qu'elles sont toutes conscientes de leur valeur.

-Item : 2- « *Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités* » :

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
	1	2	3	4

1-Zeina			X	
2-Fadhila		X		
3-Salam			X	
4-Tiba			X	
5-Bakkia			X	
6-Karima			X	
7-Aicha			X	
8-Amal			X	
9-Amina			X	
10-Rima			X	

Tous les cas ont répondu par le chiffre 3 : plutôt en accord, **sauf Fadhila**, qui a répondu par le chiffre 2 : plutôt en désaccord.

-Item : 4- « *Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens* ». Les réponses sont :

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
	1	2	3	4
1-Zeina			X	
2-Fadhila			X	
3-Salam				X
4-Tiba			X	
5-Bakkia		X		

6-Karima			X	
7-Aicha		X		
8-Amal		X		
9-Amina		X		
10-Rima		X		

Zeina, Fadhila, Tiba et Karima : 3 : plutôt en accord.

Salam a répondu par le chiffre 4 : tout à fait en accord.

Bakkia, Aicha, Amal, Amina et Rima : 2 : plutôt en désaccord.

-Item : 6- « *J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même* ». Les réponses sont :

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
	1	2	3	4
1-Zeina		X		
2-Fadhila		X		
3-Salam			X	
4-Tiba			X	
5-Bakkia		X		
6-Karima				X
7-Aicha			X	
8-Amal			X	

9-Amina			X	
10-Rima			X	

Zeina, Fadhila et Bakkia : 2 : plutôt en désaccord.

Salam, Tiba, Aicha, Amal, Amina et Rima : 3 : plutôt en accord.

Karima a répondu par le chiffre 4 : tout à fait en accord.

-Item : 7- «*Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi* ». Les réponses sont :

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
	1	2	3	4
1-Zeina		X		
2-Fadhila		X		
3-Salam			X	
4-Tiba	X			
5-Bakkia		X		
6-Karima		X		
7-Aicha		X		
8-Amal			X	
9-Amina			X	
10-Rima		X		

Salam, Amal et Amina : 3 : plutôt en accord.

Zeina, Fadhila, Bakkia, Karima, Aicha et Rima : 2 : plutôt en désaccord.

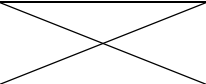
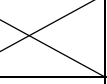
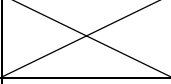
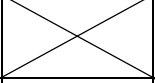
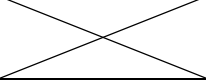
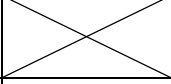
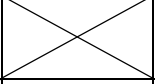
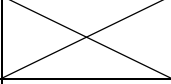
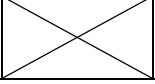
Tiba a répondu par le chiffre 1 : tout à fait en désaccord.

Salam et Amal en exil, ont un emploi, ce qui leur donne un sentiment d'auto-efficacité.

Amina, à travers, le chemin de la spiritualité, ressent une sécurité interne et trouve satisfaction.

2- Les résultats obtenus aux 5 items (3, 5, 8, 9, et 10) qui correspondent à une faible estime de soi :

-Item : 3- « *Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté* ». Les réponses sont dans le tableau suivant :

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
	1	2	3	4
1-Zeina				
2-Fadhila				
3-Salam				
4-Tiba				
5-Bakkia				
6-Karima				
7-Aicha				
8-Amal				
9-Amina				

10-Rima			X	
---------	--	--	---	--

Zeina et Bakkia ont répondu par le chiffre 4 : tout à fait en accord.

Fadhila, Tiba, Aicha, Amina et Rima ont répondu par le chiffre 3 : plutôt en accord.

Salam, Karima et Amal ont répondu par le chiffre 2 : plutôt en désaccord.

-Item : 5- « *Je sens peu de raisons d'être fier de moi* ». Les réponses sont :

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
	1	2	3	4
1-Zeina				X
2-Fadhila			X	
3-Salam			X	
4-Tiba	X			
5-Bakkia			X	
6-Karima	X			
7-Aicha		X		
8-Amal		X		
9-Amina		X		
10-Rima			X	

Zeina a répondu par le chiffre 4 : tout à fait en accord.

Fadhila, Salam, Bakkia, et Rima : 3 : plutôt en accord.

Aicha, Amal et Amina ont répondu par le chiffre 2 : plutôt en désaccord.

Tiba et Karima ont répondu par le chiffre 1 : tout à fait en désaccord.

-Item : 8- « *J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même* ». Les réponses sont :

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
	1	2	3	4
1-Zeina			X	
2-Fadhila			X	
3-Salam		X		
4-Tiba		X		
5-Bakkia		X		
6-Karima	X			
7-Aicha	X			
8-Amal		X		
9-Amina		X		
10-Rima	X			

Zeina et Fadhila ont répondu par le chiffre 3 : plutôt en accord.

Salam, Tiba, Bakkia, Amal et Amina : 2 : plutôt en désaccord.

Karima, Aicha et Rima ont répondu : 1 : tout à fait en désaccord.

Les réponses à l'item 8 révèlent que chez Zeina et Fadhila, le sentiment de respect vis-à-vis d'elles-mêmes est atteint. En effet, Zeina est attaquée dans son rôle de mère. Elle a été jugée

« mauvaise mère » et elle se sent coupable du malheur arrivé à sa fille. Elle a une image ternie d'elle-même. Elle n'a plus de respect pour elle-même.

Fadhila, en raison de l'abus sexuel qu'elle a subi durant son enfance, n'a plus l'impression d'être un être humain. Son corps a été instrumentalisé. En absence de respect et d'amour, elle n'a aucun sentiment d'estime d'elle-même.

-Item : 9- « Parfois, je me sens vraiment inutile ». Les réponses sont :

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
	1	2	3	4
1-Zeina				X
2-Fadhila			X	
3-Salam	X			
4-Tiba			X	
5-Bakkia			X	
6-Karima		X		
7-Aicha			X	
8-Amal	X			
9-Amina		X		
10-Rima			X	

Zeina a répondu par le chiffre 4 : tout à fait en accord.

Fadhila, Tiba, Bakkia, Aicha et Rima : le chiffre 3 : plutôt en accord.

Karima et Amina ont répondu par le chiffre 2 : plutôt en désaccord.

Salam et Amal ont répondu par le chiffre : 1 : tout à fait en désaccord.

Salam, Karima, Amal et Amina sont les quatre cas qui ne se sentent pas inutiles.

-Item : 10- « Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien ». Les réponses sont dans le tableau suivant :

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
	1	2	3	4
1-Zeina			X	
2-Fadhila			X	
3-Salam		X		
4-Tiba			X	
5-Bakkia			X	
6-Karima		X		
7-Aicha			X	
8-Amal		X		
9-Amina			X	
10-Rima		X		

Zeina, Fadhila, Tiba, Bakkia, Aicha et Amina : 3 : plutôt en accord.

Salam, Karima, Amal et Rima ont répondu 2 : plutôt en désaccord.

L'estime de soi, c'est ce mélange de regards et de jugements qu'on porte sur nous-mêmes.⁴¹⁶ Selon M. Rosenberg (1965) « *une estime de soi élevée est un indicateur d'acceptation, de tolérance, de satisfaction personnelle tout en excluant les sentiments de supériorité et de perfection. L'estime de soi élevée implique ainsi le respect de soi-même* ». ⁴¹⁷

Les résultats au test de Rosenberg indiquent que :

- Zeina, et Fadhila n'éprouvent aucun sentiment de respect d'elles-mêmes.
- Zeina, Fadhila, Bakkia, Karima, Aicha, Rima et Tiba n'ont pas de sentiment de satisfaction personnelle.
- Zeina, Fadhila et Bakkia n'ont pas de sentiment d'acceptation d'elles-mêmes.
- Zeina, Fadhila, Tiba, Bakkia, Aicha et Rima se sentent inutiles.

L'estime de soi chez Zeina, Fadhila et Bakkia est **très faible**. Les trois cas (Zeina, Fadhila et Bakkia) ont du mal à représenter l'évènement traumatisant et à lui donner du sens. La violence de la situation traumatisante vécue les fait plonger dans un état de dépression très fort.

Seules Salam, Karima, Amina et Amal ne se sentent pas inutiles.

Traumatisme et estime de soi :

Les Irakiens vivent un enfer dans un climat d'insécurité, de peur et de guerre interminable.

Un environnement non stable, menaçant et non sécurisant peut être considéré comme un des facteurs destructeurs de l'estime de soi.

En effet, nos cas d'étude ont été exposés à des situations extrêmes, ces femmes ont vécu plusieurs guerres en Irak. La guerre représente une rupture par rapport à un quotidien sécurisant et instaure un temps menaçant ; elle impose brutalement une réorganisation de la vie.⁴¹⁸ S. Freud (1926) voit dans la détresse un état fondamental dans l'expérience du traumatisme.

La violence vécue en situation traumatisante a un impact psychique qui peut engendrer une perte d'estime de soi et une dépression. Certaines situations traumatisantes peuvent rendre très

⁴¹⁶ ANDRÉ, C. *Imparfaits, libres et heureux*. Odile Jacob, 2006.

⁴¹⁷ Traduction et validation franco-canadienne de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg, VALLIERES, F., VALERAND, R.-J., Université du Québec à Montréal, Canada, 1990, *International Journal of psychology* 25 (1990) 305-316 North- Holand.

⁴¹⁸ FISCHER, G.-N. *Le ressort invisible - survivre aux situations extrêmes*. Paris : Dunod, 2014, p. 27.

difficile la tâche de reconstruction d'un équilibre. C. Barrois (1988) évoque dans les névroses traumatiques une perte de soi-même qui englobe le narcissisme du contenant, c'est-à-dire la confiance et la sécurité dans les enveloppes psychiques et le Moi-Peau.⁴¹⁹

Ces femmes ont vécu des années de guerres et finalement la guerre civile dans un contexte particulier où l'appartenance humaine a été attaquée par un ensemble humain. C'est le cas lorsqu'un groupe est agressé à cause de son appartenance ethnique, culturelle ou religieuse. Ces attaques ont pour objectif de détruire non seulement les contenants individuels mais aussi les contenants socioculturels. C'est l'appartenance identitaire même qui est visée à travers des atteintes narcissiques, relevant d'une menace à l'intégrité psychique.

Le traumatisme a modifié les cours de chaque existence. Un événement traumatisant change ceux qui le vivent et tout changement implique une perte.⁴²⁰

Le fait d'être régulièrement violentée et humiliée altère l'estime de soi.

A la question I 4 : « *depuis l'événement, vous sentez-vous dévalorisée ?* », les réponses des sujets étudiés sont dans le tableau suivant :

	0 Nul	1 Faible	2 Fort	3 Très fort
1-Zeina				
2-Fadhila				
3-Salam				
4-Tiba				
5-Bakkia				
6-Karima				
7-Aicha				
8-Amal				
9-Amina				
10-Rima				

⁴¹⁹ BARROIS, C. *Les névroses traumatiques*. Paris : Dunod, 1988.

⁴²⁰ GARLAND, C. Pourquoi la psychanalyse. In *Comprendre le traumatisme*. Edition Du Hublot, 2001, p. 16.

La plupart des professionnels s'accordent à définir l'estime de soi comme un sentiment de valeur personnelle.⁴²¹ W. James (1890, 1892) considère l'estime de soi comme « conscience de la valeur du moi ».

Le tableau indique que tous les sujets étudiés se sentent dévalorisés après la traversée de l'événement traumatisant (que ces femmes ont cité dans leurs récits) **sauf : Salam, Amal, Amina et Rima.**

- 1- Zeina : éprouve un fort sentiment de dévalorisation. Elle a été attaquée dans son rôle de mère. Elle ressent une forte culpabilité. Le tableau clinique associe toujours au sentiment de culpabilité une mauvaise estime de soi, notamment dans les cas les plus sévères.
- 2- Fadhila a subi l'inceste par ses deux oncles durant ses années d'enfance. De plus, à l'âge de 17 ans, elle a été kidnappée par un groupe de terroristes en Irak. On peut imaginer à quelle profondeur l'âme a été blessée et atteinte. La douleur insidieuse que ses oncles lui ont faite subir à l'époque si petite et fragile lui imposerait une thérapie afin de surmonter ce mal-être et retrouver confiance en elle et dans les autres.
- 3- Salam : a répondu par le chiffre « 0 » : **nul**. Elle n'éprouve aucun sentiment de dévalorisation de soi. Salam n'a pas été directement menacée. En exil, Salam travaille, elle a un bon statut social et économique.
- 4- Tiba : après l'agression physique et psychique qu'elle a subie par les soldats américains, Tiba s'est sentie humiliée d'autant plus après la perte de son pays natal, l'Irak. Elle s'est sentie dévalorisée, surtout quand les mêmes événements se sont reproduits en Syrie : elle ne sait plus vers quel pays elle peut se diriger (quelle terre peut la contenir).
- 5- Bakkia : elle a vécu la mort de son fils dans une situation dramatique. Il faut bien noter l'effet de surprise, de sidération qui rend les processus de deuil difficiles. « *Le deuil pathologique se caractérise par une exacerbation d'affects tels que la culpabilité, la dépression, l'altération*

⁴²¹ RAMU, C. *Le style d'attachement et l'estime de soi sociale chez les jeunes adultes*. Mémoire de Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Psychologie Clinique. Université de Genève, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, février 2004, p. 28.

*de l'estime de soi, l'identification au défunt, avec parfois des allures délirantes (M. Hanus ; 2003,2006 ; M.-L. Bourgeois ; 2004,2006) ».*⁴²²

- 6- Karima : a répondu par le numéro 3, très fort. La perte de son mari a été un grand choc pour elle. Sa situation financière l'a rendue vulnérable, à cela s'ajoutant son trouble de mémoire qui touche son image d'elle-même « *avant j'étais si brillante, si intelligente. Je ne suis plus comme avant, j'oublie tout....* ».
- 7- Aicha : a répondu par le numéro 3, très fort. Aicha a subi des événements dramatiques impensables (agression, menace, mort de son fils, enlèvement de son deuxième fils par les soldats américains, mort de son mari). Elle les a vécus dans l'effroi et l'impuissance. Elle s'est sentie dévalorisée, humiliée. Son estime de soi est profondément atteinte.
- 8- Amal : a répondu par le chiffre **0 : nul**. Amal n'éprouve aucun sentiment de dévalorisation. Survie, Amal s'est sortie grandie de l'évènement douloureux qu'elle a traversé. En dépit de sa souffrance, Amal reprend sa vie en main et assume ses responsabilités, ce qui lui a donné un sentiment d'auto efficacité.
- 9- Amina a répondu par le chiffre **0 : nul**. Elle n'éprouve aucun sentiment de dévalorisation. Malgré les blessures et les épreuves qu'elle a traversées, elle n'a pas perdu le sentiment intérieur de quelqu'un qui a de la valeur. Par contre, si elle se sent humiliée, c'est lié à des facteurs externes, comme sa situation financière. C'est blessant de quémander de l'argent. L'estime de soi chez Amina est faible : c'est lié au vécu de l'exil (raison externe), elle n'a pas perdu le sentiment de sa propre valeur.
- 10- Rima a répondu par le chiffre **1 : faible**. Malgré la menace qu'elle a subie avec sa famille et le vécu dur en exil, Rima n'a pas perdu le sentiment de sa propre valeur.

En cas de traumatisme, l'estime de soi peut être ébranlée. On se sent faible, déstabilisée, sans ressources.⁴²³ Les réponses révèlent que tous les cas étudiés se sont sentis dévalorisés après avoir vécu un événement traumatisant, sauf Salam, Amal, Amina et Rima.

⁴²² CHAHRAOUI, K. *15 Cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*, 2014, p. 106.

⁴²³ BOROY, A. *La résilience pour surmonter le traumatisme*. Santé & Médecines, 2010.

En effet, le traumatisme aura un effet plus ou moins important en fonction de son intensité.

Continuer à vivre en dépit de tous les malheurs vécus... bien au-delà du principe de plaisir. Elles se sont toutes enfuies de l'Irak vers la Syrie afin de se sauver et de sauver leurs enfants. Après le trauma de guerre, il y a le traumatisme migratoire. Quel est l'effet de l'exil sur l'estime de soi ?

Exil et estime de soi

En exil, chaque cas porte en lui les traces de son histoire. Ces femmes ont toutes été exposées à des situations extrêmes. À cela s'ajoute ce mouvement traumatisant, l'exil, et la perte vient redoubler le traumatisme lié aux événements vécus. (T. Nathan, 1986) a indiqué que : « *la migration possède en elle-même des potentialités traumatiques, du fait de la rupture du culturel qu'elle implique* ».

En exil, ces femmes sont séparées de leurs familles, de leur pays, de leurs coutumes, de leurs habitudes, de leur travail, etc. Elles ont subi des pertes qui peuvent influencer, selon les cas, la vie psychique des individus.

En effet, les réfugiées (nos sujets d'études) reviennent de l'enfer. Elles ont fui la mort et cherchent refuge sur une terre meilleure. Mais le vécu est difficile en exil : ruptures familiales et culturelles, déracinement, perte des réseaux familiaux et sociaux, remise en jeu du sentiment d'identité, difficultés d'adaptation sociale, économique (la situation financière est dégradée, ce qui augmente le sentiment de vulnérabilité). À cela s'ajoute le fait que la Syrie n'est plus stable comme avant, les réfugiées irakiennes se demandent vers quelle terre vont-elles pouvoir se diriger. Le sentiment de **sécurité interne est anéanti**.

Cette situation d'incertitude profonde altère le sens de l'existence.

L'exil est une sorte de déportation, de bannissement de la personne.⁴²⁴ L'exil comporte des douleurs, des pertes, des nostalgies... exclusion ressentie ou réelle, sentiments qui laissent progressivement place à des affects dépressifs et à une grande vulnérabilité sur le plan psychique.

En exil, différents codes de socialisation doivent être appris et peut-être faut-il recommencer à zéro. La rupture qui s'est produite entre le sujet psychique et social, sa désinscription

⁴²⁴ LLOBREGAT, Y. *L'art-thérapie*, 2010.

familiale et groupale ont bouleversé son rapport au monde, son rapport à soi (à l'estime de soi) et aux autres (les rapports deviennent teintés de méfiance). Lien et séparation sont indissociables, car seules des relations « suffisamment bonnes » autorisent l'exilé à se séparer de son groupe d'appartenance sans trop de culpabilité. L'exilé est pris dans le mouvement même de la vie, repassant par l'exil originaire hors du ventre maternel et devant retrouver un lieu où exister. R. Kaës (1998) a dit « *tout sujet doit se situer face à l'étranger suite à la séparation de la mère* ». ⁴²⁵

Voyage migratoire traumatique, des deuils sont à élaborer, un deuil de personnes, mais aussi un deuil de pays et de statut social. Le cadre de référence originel est perdu, il faut s'inscrire dans un nouvel environnement. Cela suppose d'être capable de trouver sa place et de **s'affirmer** en tant que sujet individuel.

« *L'estime de soi peut être également assimilée à l'affirmation de soi* ». ⁴²⁶ Il faut restaurer son estime de soi afin d'arriver à s'affirmer.

La question reste de savoir si, en exil, le survivant sera diminué par l'événement et en sera plus perturbé, ou s'il en sortira grandi ?

En effet, nos cas d'étude ont beaucoup souffert. Mais ce ne sont pas uniquement les traumatismes vécus qui les ont perturbés, c'est aussi le **non-sens de la nouvelle existence en exil**.

L'influence de l'exil sur l'estime de soi peut être positive ou négative.

Les résultats obtenus indiquent que les quatre cas (Salam, Amal, Amina et Rima) qui n'éprouvent aucun sentiment de dévalorisation après la traversée de l'événement traumatisant ont mis en place une stratégie afin de trouver leur place en exil :

- **Salam**, en Syrie, a un bon statut social. Elle est directrice d'un centre de réfugiées et elle a un bon niveau financier.

- **Amal**, malgré ses souffrances et les difficultés en exil, est devenue actrice de sa vie. L'exil lui a permis de restaurer son estime de soi et de reprendre sa vie en main afin d'assumer ses responsabilités. Amal travaille en Syrie.

- **Amina**, a rencontré la voix de la spiritualité qui lui a donné une vision profonde de la vie et de sagesse qui lui a permis de renforcer ses forces internes.

- **Rima**, sa pensée optimiste et ses croyances en elle-même lui ont permis de faire un travail de mentalisation et de recherche à mettre du sens à sa vie. Rima a pu mettre en place une stratégie de « *coping* » afin de faire face et de surmonter ses épreuves.

⁴²⁵ KAËS, R. *Différence culturelle et souffrances de l'identité*, 1998, p. 140.

⁴²⁶ DELERUE, F. et CREPIN, N. *Echelle d'estime de soi de Rosenberg*.

Les quatre cas (Salam, Amal, Amina et Rima) ont réussi en exil à retrouver confiance en elles-mêmes et en autrui. On remarque chez elles une volonté de mettre à distance leurs blessures et de se reconstruire.

Il y a chez les quatre cas (Salam, Amal, Amina et Rima) l'acte de devenir sujet de son destin.

Dépasser leurs blessures en préservant une image positive d'elles-mêmes leur a permis de reprendre leur vie en main et de réussir à avancer. S'accepter, c'est se donner la possibilité d'être créatif au niveau culturel ou social.

En effet, **ce sont nos jugements qui blessent**, et pour se reconstruire, il faut se libérer de ces jugements.

D'après les réponses obtenues au test de l'estime de soi de Rosenberg et à la question I-4, nous nous rendons compte à quel point les croyances des sujets sur eux-mêmes ont influencé leur réalité.

L'équilibre psychologique passe obligatoirement par une bonne estime de soi, car c'est cette estime qui donne naissance à sentiment de sécurité interne essentiel pour affronter les épreuves de la vie.

III.3. Approche thématique

III.3.1. Le non-lieu territorial et psychique

Les récits de vie des sujets étudiés révèlent qu'ils sont tous dans **l'attente**.

Est-ce que le départ est provisoire ? Est-ce que la situation en Irak va se stabiliser ? Est-ce qu'un jour ces femmes pourront rentrer chez elles ? Autant de questions sans réponses, ces femmes continuent de vivre dans l'attente. En effet, quel destin les attend ? Vont-elles vivre ici ? Ailleurs ? Et quand ?

Fondamentalement, la temporalité d'un traumatisé est profondément altérée : il y a un « avant » et un « après » l'événement traumatisant.

Pour l'exilé, le traumatisme se vit également sur un autre plan, celui de l'espace : il y a déplacement géographique. De fait, dans la construction psychique de ces femmes, il y a coexistence de « l'ici » et de « l'ailleurs » avec « l'avant » et « l'après ». Nos sujets en exil sont dans l'attente, une attente qui suspend leur temps d'exilé, de demandeurs d'asile et les plonge dans une réalité provisoire dans laquelle tout est incertain. Cette situation entraîne l'incertitude, le désespoir auxquels s'ajoutent leur réalité présente, leurs inquiétudes liées à la situation politique qui commence à nettement se dégrader en Syrie.

En effet, les récits de vie révèlent que ces femmes se sont battues et ont acquis par la force du poignet une nouvelle vie sociale stable, mais aujourd'hui, la situation est de nouveau bouleversée : il n'y a plus de stabilité, ni de sécurité en Syrie.

Les femmes exilées se demandent : « où ira-t-on demain ? ».

La situation est complexe : elles ne peuvent pas choisir un lieu où elles peuvent se reconstruire. Il s'agit pour elles d'une impasse existentielle, celle qui fait la souffrance de l'exilé, un lieu sans lieu, un état d'errance qui s'inscrit dans l'espace psychique. Le sujet en errance est à la quête d'un lieu. Quelques-unes de ces femmes sont devenues aigries. À la veille d'un nouveau départ, Rima s'exprime : « on m'a dit : prépare tes papiers, tes valises, la guerre va se déclencher en Syrie, non, non ce n'est pas vrai, je n'y crois pas, où va-t-on aller ?... », Tiba dit en pleurant « ne faites pas comme les Irakiens, il ne nous reste que la Syrie, ne détruisez pas la Syrie », Amina se questionne « on a subi l'immigration vers une autre immigration et demain où ira-t-on?... ».

La difficulté d'investir un lieu, un espace habitable, constitue une grande souffrance à laquelle a affaire l'exilé. Il a quitté son pays afin de retrouver un lieu symbolique où exister, il a fait l'expérience du vide. L'errance est définie comme « le fait d'être subjectivement « sans abri » dans l'espace et dans le temps ».⁴²⁷

En effet, ces femmes exilées sont toutes dans l'attente, elles vivent dans un temps suspendu, dans un pays où la situation n'est plus stable, qu'elles seront peut être obligées de quitter en revivant des événements troublants identiques à un passé dramatique. La question se pose : quelle est la destination ?

⁴²⁷ SEGERS, M.-J. *De l'exil à l'errance*. Collection : Psychanalyse et clinique, Erès, 2009, p. 235.

Elles sont dans une grande souffrance psychique qui conduit selon E. Piestre et F. Benslama (2001) à « *un véritable état de non-lieu territorial et psychique* ». ⁴²⁸

III.3.2. Croyance religieuse et vécu traumatique

Au-delà de la souffrance vécue, la religion dans les propos de certains des sujets de notre étude semble être fondamentale dans des moments les plus difficiles.

Suite à la souffrance psychique liée au traumatisme vécu durant des années de guerre, l'exil vient renforcer les difficultés existentielles. Lors de l'entretien, les sujets étudiés se sont référés dans leur discours à des représentations culturelles.

Les références à la religion sont fréquentes dans le discours des femmes réfugiées. Elles affirment que cela permet à certaines, de ne pas passer à l'acte et d'accepter leur souffrance.

En effet, à la question du Traumaq H5 « *avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?* » Les réponses à l'item H5 révèlent que chez tous les sujets, il n'y a pas d'idées suicidaires, sauf chez Fadhila (victime d'inceste, de terrorisme...) qui représente un cas particulier et nécessite une psychothérapie afin de trouver une issue.

Se suicider, c'est pour retrouver la vie. Dans la pensée religieuse et islamique, il y a la vie après la mort. Dans ce cas-là, se suicider, c'est se retrouver en enfer.

Dans toutes les religions monothéistes, le suicide est interdit et révèle un manque de confiance en Dieu qui empêche toute avancée spirituelle, l'islam n'en fait pas exception. Se suicider signifie s'opposer à la volonté de Dieu puisque la personne n'attend pas la fin que Dieu lui aurait destinée. La religion musulmane condamne fermement toute atteinte au corps humain, tout ce qui est néfaste à la santé est interdit, se faire du mal et se donner la mort est donc un acte impardonnable. De plus, l'analyse du discours des entretiens nous révèle que la croyance religieuse occupe une place importante dans la vie des cas suivant :

⁴²⁸ CHAHRAOUI, K. *15 cas cliniques en psychologie du traumatisme*. Paris : Dunod, 2014, p. 133.

Lors de l'entretien, Salam, à la question : « *aujourd'hui quel sens donnez-vous à votre expérience ?* », elle répond : « *la croyance en Dieu, n'importe quelle croyance donne la force de dépasser les épreuves psychiques* ».

Pour Salam donc, la foi en un être suprême qui veille et qui peut aider dans le besoin a pour effet de soulager l'angoisse.

Karima à la question : « *quel sens donnez-vous aujourd'hui à ce vécu ?* » répond alhamdulillah (merci Dieu) : « *j'ai une forte croyance, en versant des larmes. Dieu a dit : « soyez reconnaissants et j'accroîtrai mes grâces »*, (Sourate XIV ABRAHAM, verset 7).

Amina dit posséder une croyance « indéfectible » en Dieu. Elle s'étaie sur sa croyance et sur sa confiance en Dieu. Sa réponse à la question en est un reflet : « *aujourd'hui quel sens donnez-vous à votre expérience ?* », « *soyez clément avec l'être humain...* », traduit des valeurs islamiques qui chante l'humanité, l'altruisme.

Rima, à la question « *aujourd'hui quel sens donnez-vous à votre expérience ?* », répond par l'espoir : « *l'espoir, inchallah, si Dieu veut, il nous donne la délivrance. Si je perds espoir ; je ne peux plus attendre.... Il faut attendre...* ».

On remarque que pour tous ces sujets, la foi donne espoir et à travers l'espoir s'opère une mobilisation de forces intérieures vers une finalité qui pousse à vivre.

On trouve également des références fréquentes à la religion dans le discours de Bakkia en état de deuil traumatique. Elle pleure son fils : « *que dois-je faire ? Je ne peux pas oublier, je dis « alhamdulillah » (merci Dieu). Aujourd'hui, ça fait 7 ans, je ne sais pas qui a tué mon fils ni pour quelle raison* ».

Le mot « Alhamdulillah », tiré d'un verset du Coran, est le plus populaire du monde musulman, signifiant « qu'on se sent bien », mais aussi « la consolation après une épreuve ».

En effet, il est recommandé à toute personne de confession musulmane d'avoir la patience en vertu. La patience doit faire partie intégrante de sa vie quotidienne et son esprit doit s'exercer à recevoir les épreuves sans désespérer de la miséricorde de Dieu.

La vie terrestre n'est pas éternelle, elle n'est qu'un passage très court qui permet à Dieu de tester chaque être humain avant de lui offrir sa demeure éternelle.

Compte tenu de leur répétition dans le discours de nos sujets, nous considérons que ces interprétations culturelles sont à prendre en compte dans le processus d'intégration du trauma. Dans ce sens, quelle est l'influence de ces représentations culturelles sur le fonctionnement psychique ?

Psyché et culture sont intimement nouées. Les représentations culturelles sont essentielles à la définition identitaire des personnes et des groupes.

Pour P. Bourdieu (1982) et G. Zarate (1993), cités par V. Amireault (2012) : « *les représentations culturelles constituent des schèmes mentaux qui orientent notre perception du monde ainsi que notre rapport aux autres cultures* ». ⁴²⁹

M.-R. Moro (1998), souligne qu'« *à l'intérieur du système culturel, les représentations culturelles constituent des unités élémentaires, des manières de penser qui structurent cet ensemble épars et lui confèrent une cohérence interne et une dynamique* ». ⁴³⁰

Chacun est doté d'un système de croyance qui forme sa vision du monde, ce système, c'est notre réalité, ce sont nos croyances : « les croyances en tant que « systèmes » de pensée issus d'un imaginaire social culturel permettent de donner sens aux conduites et aux comportements ». ⁴³¹

En effet, la religion peut permettre d'expliquer ce qui échappe mais surtout de structurer un monde sensé dans lequel l'être humain trouve un espace et un temps pour vivre. C. Geertz (1966) insiste sur les aspects imaginaires et émotionnels et leur ancrage dans le réel : « *la religion, c'est un système de symboles qui agit de manière à susciter chez les hommes des motivations et des dispositions puissantes, profondes et durables, en formulant des conceptions d'ordre général sur l'existence et en donnant à ces conceptions une telle*

⁴²⁹ AMIREAULT, V. La rencontre des langues et cultures en contexte d'enseignement/apprentissage du français langue étrangère dans le système universitaire chinois. In *Synergies Pays Riverains du Mékong* N° 4 – 2012, p. 51-63.

⁴³⁰ MORO, M.-R. *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Dunod, 1998, p. 12.

⁴³¹ BITSIS, J.-A. *Processus de symbolisation et appartenances culturelles*. Université Lumière Lyon 2, 2005.

apparence de réalité que ces motivations et dispositions semblent ne s'appuyer que sur du réel ». ⁴³²

L'utilisation d'un modèle ou d'un système de pensée a pour objectif de donner un sens à l'objet tout en étant l'interprète de la vérité du système de pensée ou du modèle. Le sujet sert des représentations que la culture met à sa disposition pour pouvoir représenter ou expliquer sa souffrance (J.-A. Bitsi, 2005).

Processus de représentation basé sur la croyance en Dieu.

La foi, par la fonction sécurisante qu'elle joue pour les sujets peut aider à l'apaisement des tensions face à l'incertitude, à l'inconnu, à la mort. « Étant conscient du caractère inévitable de la mort, le croyant se prépare à sa rencontre tout au long de sa vie et jusqu'au moment de son heure ». ⁴³³

On peut dire que la croyance en Dieu joue, pour nos sujets, un rôle positif d'un point de vue psychique et aide à renforcer la confiance en soi et le sentiment de paix intérieure.

Pour conclure ce paragraphe, on peut dire que la croyance en Dieu, chez les femmes réfugiées, joue un rôle important dans l'acceptation de la dure réalité et dans le renforcement de leurs défenses intrapsychiques face aux événements traumatisants qu'elles ont vécues.

III.3.3. Étayage social

Nos sujets en exil se trouvent dans un nouveau pays, un nouveau contexte, où ils n'ont pas de liens, où il y a différents codes de socialisation qu'il faut apprendre. Le vécu en exil est très dur, imprégné par un passé douloureux, le sentiment de solitude et la perte d'appartenance à un groupe. En exil, ces femmes sont inconnues.

Recommencer à exister est la question que se pose déjà l'exilé dans ce nouveau pays. Il faut reconstruire des liens sociaux, le besoin d'appartenance correspond à un besoin fondamental de l'être humain.

⁴³² GEERTZ. C. *Religion as a cultural system*, in Bantom, *Anthropological Approach of the Study of Religion*, Tavistock. Londres, 1966, p. 4.

⁴³³ Article tiré d'Islam media : *La mort en Islam*.

L'individu cherche à se rapprocher de ses semblables. G. Briole (1998) a souligné que « *l'évènement traumatique contribue généralement à rassembler les sujets autour d'un sentiment d'expérience partagée, cet espace commun offre à chacun l'espoir de sortir de l'incommunicabilité de l'expérience vécue* ». ⁴³⁴

Le centre de réfugiés, où se rassemblent les femmes réfugiées, est le pont avec les instances du pays.

En effet, le centre où se trouvent ces femmes unies avec un lourd passé similaire, avec la problématique nostalgique et les difficultés rencontrées en exil, permet une inscription de l'individu dans l'espace. Il permet également une inscription de l'individu dans une temporalité, par une mise en lien avec les origines et une projection dans le futur, lui permettant d'exister pleinement dans le présent.

Si l'exilé est en quête de se retrouver dans cette nouvelle société, le centre lui permet de faire ce passage en se présentant comme une base fixe, dans ce monde mouvant, à laquelle il peut avoir accès. D. Winnicott (1970) : « l'objet transitionnel n'est donc que la forme visible des processus transitionnels qui organisent la psyché ». ⁴³⁵

Le centre est un espace entre-deux, il assure la survie psychique.

Ce centre regroupe des femmes irakiennes réfugiées en Syrie, il réalise un travail d'entraide et d'information. Il rattache les liens rompus...

Le centre est un espace pour s'exprimer, décrire son malheur. Elles ont toutes fui l'Irak, fui la guerre, afin de se sauver et sauver leurs enfants. Certaines ont perdu leur enfant, un ou plusieurs membres de leurs familles. Les rencontres entre elles permettent de relativiser leurs souffrances. Le groupe revêt une fonction de protection, d'objet contenant (mère), métabolisant ainsi les sensations projetées sur lui par le sujet ; cette fonction fait que l'incompréhension devient entente, la solitude devient compagnie.

Le centre donne une certaine protection, mais aussi une liaison formelle avec le nouvel environnement, avec le pays. La stabilité offerte par le centre commence par l'espace physique fournit au groupe pour se rassembler. R. Kaës (2000) remarque l'importance de cet élément pour la vie psychique des groupes : « *l'espace donné au groupe, la salle de réunion, l'appartement, l'usine est un espace plein, rigide et fixe, il n'est plus un espace de libre*

⁴³⁴ LEBIGOT, F., DAMIANI, C. *Les mots du trauma – Vocabulaire de psychotraumatologie*, 2011, p. 120.

⁴³⁵ RABAIN, J.-F. dans la *Conférence d'introduction à la psychanalyse de l'adulte*, 2002 « le maternel et la construction psychique chez Winnicott ».

*mouvance : le projet d'existence d'un autre pour chacun l'a comblé, l'inscrivant définitivement dans son espace. L'espace nous donne à agir, à penser, et d'abord à rêver. Il nous faut un espace pour la mémoire, l'oubli, les racines ».*⁴³⁶

Le fait de se sentir soutenu et d'appartenir à un réseau social aide à développer un sentiment de sécurité interne. M. Rutter (1996) considère que l'importance de la qualité d'un bon étayage social équivaut à celle d'une bonne expérience d'attachement familial dans l'enfance.⁴³⁷

La manière dont le centre accueille et reconnaît la souffrance psychique des femmes réfugiées forme un bon étayage social qui leur apporte une sécurité intérieure favorisant la résilience.

III.4. Aspects synthétiques et vérification des hypothèses

Après les synthèses générales des trois outils de recherche : le récit de vie, le Traumaq et l'échelle de l'estime de soi, il convient de faire une synthèse des résultats tout en discutant les hypothèses à l'origine de cette recherche.

Les résultats de la recherche sont synthétisés dans le tableau suivant :

Les cas étudiés	Questionnaires Traumaq	Estime de soi	Le Récit/Le sens donné	Le sentiment de dévalorisation Question (I) 4
------------------------	-------------------------------	----------------------	-------------------------------	--

⁴³⁶ KAËS, R. *L'appareil psychique groupale*. Paris : Dunod, 2000, p. 126.

⁴³⁷ ANAUT, M. *La résilience - Surmonter les traumatismes*. Nathan, 2003, p. 73.

1-Zeina	syndrome post-traumatique très fort	Très faible	« <i>La vie c'est rien (vide), celui qui déteste sa vie, déteste tout</i> ».	Chiffre 3 très fort
2-Fadhila	syndrome post-traumatique très fort	Très faible	« <i>Je souhaite la mort</i> ». Fadhila est détruite psychiquement.	Chiffre 3 très fort
3- Salam	syndrome post-traumatique léger	Moyen	« <i>La croyance en Dieu, n'importe quelle croyance, donne la force de dépasser les épreuves psychiques</i> ».	Chiffre 0 nul
4- Tiba	syndrome post-traumatique très fort	Faible	<i>N'entrez- pas dans le même jeu, Dieu protège la Syrie, il ne nous reste que la Syrie</i> ».	Chiffre 3 très fort
5-Bakkia	syndrome post-traumatique très fort	Très faible	Bakkia dit de sa vie qu'elle a perdu toute signification (une incapacité à mettre en mots une représentation).	Chiffre 3 très Fort
6-Karima	syndrome post-traumatique moyen	Moyen	Merci Dieu : « <i>j'ai une forte croyance</i> ». Dieu a dit : « <i>soyez reconnaissants et j'accroîtrai mes grâces</i> », (Sourate XIV ABRAHAM, verset 7).	Chiffre 3 très fort
7-Aicha	syndrome post-traumatique très fort	Faible	« <i>Mon but est de m'occuper de ma fille, il ne me reste qu'elle dans la vie, je veux réaliser ce qu'elle veut</i> »	Chiffre 3 très fort
8-Amal	syndrome post-traumatique fort	Moyen	Le sens de la vie pour moi c'est : « la responsabilité »	Chiffre 0 nul
9-Amina	syndrome post-traumatique fort	Faible	« <i>Soyez clément avec l'être humain, Ils ne nous ont pas laissés vivre, ils ne nous laissent pas nous sentir en sécurité, ils nous ont détruits psychiquement.</i>	Chiffre 0 nul
10-Rima	syndrome post-traumatique fort	Faible	<i>L'espoir, inchallah, si Dieu veut nous donner la délivrance. Si je perds espoir ; je ne peux plus attendre. Il faut attendre... ».</i>	Chiffre 1 faible

III.4.1. Première hypothèse

Rappelons que la première hypothèse de la recherche est :

Pour se construire après un traumatisme, donner du sens et symboliser l'événement douloureux, il faut :

- *avoir une enveloppe psychique assez forte et,*
- *avoir une estime de soi positive.*

Discussion de l'analyse :

Reconstruire après avoir subi un traumatisme grave tel que les situations extrêmes vécues par nos sujets d'étude. Reconstruire après un traumatisme lorsqu'il y a eu menace d'effondrement psychique.

Notre question est :

Est-ce que, pour se reconstruire après un traumatisme, donner du sens et symboliser l'évènement traumatisant, il faut avoir une enveloppe psychique assez forte et une estime de soi positive ?

Nous allons procéder à l'analyse des résultats apparaissant dans le tableau et vérifier l'hypothèse 1.

En ce qui concerne les liens entre l'estime de soi et la mise en sens de l'évènement traumatique, on note :

1. Lorsque le syndrome post-traumatique est **très fort** et l'estime de soi **très faible** :

On note chez les trois cas (Zeina, Fadhila et Bakkia) que l'estime de soi est complètement atteinte (sentiment d'insatisfaction de soi, elles se considèrent comme des « ratées » Item 3).

On note chez Zeina et Fadhila aucun respect à l'égard d'elles-mêmes.

Les trois cas ont du mal à mettre en sens et à se représenter par la parole l'évènement traumatisant. Le réel traumatisme est ce qui est impossible à représenter, et fait « un trou » dans le signifiant. Elles vivaient dans le chaos, dans la détresse de la pensée.

Ainsi, d'après les résultats aux questionnaires d'évaluation du traumatisme, le Traumaq, on note :

-Chez les trois cas (Zeina, Fadhila et Bakkia) un état de dépression fort.

-A l'item J8 : « *recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?* », les réponses montrent que tous les cas de l'étude ont répondu **oui**, sauf : Zeina, Fadhila et Bakkia.

La communication attentive qui vise à la solidarité et à la collaboration dans la résolution des problèmes au sein du groupe familial est en faillite pour les trois.

En effet, comme nous l'avons vu dans le récit de vie :

-Zeina a été attaquée par son mari qui la rend responsable du malheur arrivé à sa fille.

-Fadhila a été victime d'inceste et est restée prisonnière du silence suite à l'horreur vécue.

-Bakkia vit seule et elle ne peut pas se plaindre et pleurer devant son fils qui a un problème au cœur. De plus, toute sa famille est affectée par le traumatisme, elle a perdu beaucoup de membres de sa famille (son neveu, sa sœur, et sa nièce qui a été kidnappée....) ce qui fait que toute la famille est victime de traumatismes psychiques en raison des liens qui les attachent.

-Les récits de vie révèlent que les trois cas (Zeina, Fadhila et Bakkia) n'ont pas eu dans leur entourage un soutien qui aurait pu les aider à métaboliser l'expérience traumatisante.

La victime du traumatisme a besoin de retrouver la sécurité, de contenir les débordements émotionnels après avoir subi ces évènements effroyables : elle a besoin de restauration d'une enveloppe psychique aidant à la réduction de l'angoisse et du soutien de l'action de sa pensée afin donner du sens à ses états intérieurs.

Le « secret » de la résilience indiqué par R. Roussillon (2012) explique que : les sujets « *résilients* » sont ceux qui ont pu rencontrer un autre sujet capable de les accompagner dans l'exploration de l'éprouvé, de ce qu'ils n'ont pu supporter de sentir eux-mêmes pendant la situation extrême ». ⁴³⁸

Ce qui attire notre attention chez les trois cas est la corrélation entre l'estime de soi et le degré de syndrome psychotraumatique : estime de soi **très** faible (on peut dire effondrement de l'estime de soi) = syndrome psycho-traumatique **très fort**.

⁴³⁸ ROUSSILLON, R. *Les situations extrêmes et leur devenir*. 2006, p. 294.

Ce qui permet de confirmer que « *la défaillance de l'estime de soi a pour conséquence la non symbolisation de l'événement traumatique* ».

Le récit permet l'élaboration de l'expérience :

La construction du récit de vie a permis à certains cas l'élaboration des expériences traumatisantes ressenties grâce à l'étayage du langage. Par contre, trois cas (Zeina, Fadhila et Bakkia) ont fait le récit de leur trajectoire mais elles n'ont pas attribué un sens à leur vécu. En outre, M. Delage (2002) indique une autre fonction du récit : « *le récit transforme la passivité en activité. Celui qui raconte devient acteur dans le temps même où il cherche à produire du sens. C'est une manière, après l'impuissance ressentie face à l'évènement subi, de retrouver prise sur l'expérience* ». ⁴³⁹

C'est ce que nous verrons dans les deux cas suivants : Aicha et Tiba.

2. Lorsque le syndrome post-traumatique est **très fort** et l'estime de soi **faible**

On peut constater que, parmi les sujets étudiés, pour deux cas : Aicha et Tiba, le questionnaire d'évaluation du traumatisme met aussi en évidence le syndrome psycho-traumatique **très fort**. Par contre, son estime de soi est **faible**, ce qui signifie que l'estime de soi n'est pas complètement détruite.

À la question du sens, les réponses sont :

-**Aicha** a répondu : « *mon but est de m'occuper de ma fille, il ne me reste qu'elle dans la vie, je veux réaliser ce qu'elle veut* ».

Aicha s'est **fixée un objectif**, un point vers le futur, un premier pas vers la résilience.

À travers le récit, on constate que pour Aicha, mettre des mots sur son vécu est très difficile. Elle a commencé à rendre possible une historisation de son vécu douloureux, permettant de mettre en route à l'intérieur de soi une activité narrative, à rendre possible un récit qui l'aide à développer sa capacité à contenir ce qui permet ainsi le travail d'élaboration psychique d'événement traumatisant.

⁴³⁹ DELAGE, M. *Traumatisme psychique et résilience familiale*. Revue francophone du stress et trauma, 2002 ; 2 (2).

-**Tiba** a répondu : « *n'entrez pas dans le même jeu, Dieu protège la Syrie, il ne nous reste que la Syrie* ».

À travers sa réponse, Tiba demande : quel sera notre avenir si on perd le lieu d'existence ? C'est l'errance... Tiba donne un sens à son vécu.

On voit la différence par rapport aux réponses aux items de l'échelle de l'estime de soi entre les deux catégories : (Zeina, Fadhila et Bakkia) et (Aicha et Tiba) :

À l'item 6 : « *j'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même* », les réponses sont :

- **Zeina, Fadhila et Bakkia : 2 : plutôt en désaccord.**
- **Tiba et Aicha : 3 : plutôt en accord.**

À l'Item 1' 5 : « *je sens peu de raisons d'être fière de moi* », les réponses sont :

- **Zeina a répondu par le chiffre 4 : tout à fait en accord.**
- **Fadhila et Bakkia ont répondu par le chiffre 3 : plutôt en accord.**
- **Aicha a répondu par le chiffre 2 : plutôt en désaccord.**
- **Tiba a répondu par le chiffre 1 : tout à fait en désaccord.**

On retient de ces résultats que Zeina, Fadhila et Bakkia n'ont pas le sentiment d'acceptation de soi et de tolérance vis-à-vis d'elles-mêmes. L'image de soi est complètement atteinte, elles se sentent comme n'ayant pas de raison d'être fières d'elles-mêmes. Ce n'est pas le cas pour Tiba et Aicha.

On remarque que pour Aicha et Tiba, l'estime de soi est faible, mais elle n'est pas complètement détruite.

- Pour Aicha, la famille est déchirée, cette base familiale de sécurité a fondu.
- Pour les deux cas, toutes les familles sont affectées par le traumatisme. Les deux cas n'ont pas trouvé le soutien nécessaire.
- À travers le centre, elles commencent à tisser des liens de sécurité qui les aident à restaurer leurs enveloppes psychiques.

On peut dire que les deux cas sont dans une tentative de symbolisation.

3. Lorsque le syndrome post-traumatique est **fort** et l'estime de soi **faible**

Deux cas : Amina et Rima ont le syndrome post-traumatique **fort** et l'estime de soi **faible**.

Les deux cas ont subi l'impensable mais à travers le récit sont arrivés à mettre du sens à leur vécu traumatique.

Amina et Rima ne se sont pas senties dévalorisées après l'évènement.

À l'item 6 : « *j'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même* », les réponses sont :

Amina et Rima : 3 : plutôt en accord.

Amina : à travers le récit de vie, on a pu constater que l'atteinte de l'estime de soi chez Amina est liée à la dégradation de sa situation financière (c'est très dur de demander de l'argent à son fils). Elle n'a pas perdu le sentiment de sa propre valeur, justifiée par sa réponse à l'item 5 : « *je sens peu de raisons d'être fière de moi* ». Amina répond par le chiffre 2 : plutôt en désaccord.

Rima : son estime de soi est affaiblie à cause de ses troubles de la mémoire, Rima ne comprend pas pourquoi elle oublie tout ce qu'elle apprend : elle se sent inutile. À l'item 5 : « *je sens peu de raisons d'être fière de moi* », elle répond par : **3, plutôt en accord.**

À l'item 4 : « *je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens* », les réponses sont pour Amina et Rima : **(2) plutôt en désaccord.**

Les deux cas se sentent incapables de faire les choses aussi bien que la majorité des gens, c'est lié au problème de santé chez Amina (douleur dans son oreille) et troubles de la mémoire chez Rima.

Les deux cas, en s'appuyant sur les représentations culturelles, ont pu donner du sens à leur vécu.

4. Lorsque l'estime de soi est moyenne

Salam	syndrome post-traumatique léger	l'estime de soi est moyenne	pas dévalorisée
Karima	syndrome post-traumatique moyen	l'estime de soi est moyenne	très dévalorisée
Amal	syndrome post-traumatique fort	l'estime de soi est moyenne	pas dévalorisée

On voit dans le tableau trois cas (Salam, Karima, et Amal) : leur estime de soi est dans la moyenne, mais l'intensité du syndrome post-traumatique est différente d'un cas à l'autre.

En effet, Amal est victime **directe et témoin**, les Américains l'ont frappée très fort et ont pris son fils et son mari et depuis ce jour-là, elle n'a plus de nouvelles d'eux.

À la question du Traumaq A(6) : « avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou assister à un spectacle insoutenable ? » les réponses sont :

- Salam et Karima : (1) : faible
- Amal : (3) : très fort

Les trois cas ont pu mettre en sens et représenter l'évènement traumatique.

L'estime de soi d'Amal est dans la moyenne, même si elle a été confrontée à la mort, elle a pu reprendre sa vie en main et se reconstruire après le trauma.

À la question (I) 4 : « *depuis l'évènement, vous sentez-vous dévalorisée ?* ». Les réponses sont :

Salam et Amal : (0) nul.

Karima : (3) très dévalorisée.

En effet, Karima se sent dévalorisée en raison de la perte de sa situation professionnelle, financière et les troubles de la mémoire qui l'empêchent de faire les choses aussi bien qu'avant.

On peut dire dans le cas d'Amal que son estime de soi est moyenne, malgré son vécu douloureux, qui lui a permis **de réagir** afin de reprendre sa vie en main : elle a fui ses beaux-parents qui voulaient lui prendre ses enfants et elle assume ses responsabilités en tant que mère seule en exil.

On peut retenir en conclusion, que si l'estime de soi, cette ressource interne, est positive, elle permet de trouver des ressources externes les aidant à aller sur la voie de la résilience.

On note la répétition active qui représente un moyen pour parvenir à une symbolisation chez 5 cas (Tiba, Bakkia, Amal, Amina, Aicha et Rima).

Notre première hypothèse est vérifiée.

III.4.2. Deuxième hypothèse

Rappelons que la deuxième hypothèse est :

L'influence de l'exil sur l'estime de soi a des conséquences sur le vécu traumatique.

Lorsque l'exil est positif, il renforce l'estime de soi, lorsque l'exil est négatif, il affaiblit l'estime de soi.

Discussion de l'analyse :

Pour les traumatisés, surtout ceux qui ont connu la guerre civile et le terrorisme, la tâche la plus difficile est de retrouver confiance en l'humanité, après avoir connu le côté le plus noir de l'être humain.

Est-ce qu'en exil, les sujets étudiés ont pu restaurer leur confiance en eux et dans les autres ?

Nous allons procéder à l'analyse des données du tableau afin de vérifier les effets de l'exil sur l'estime de soi.

On note d'après le tableau, à la question de dévalorisation (I) 4 : « *depuis l'événement, vous sentez-vous dévalorisée ?* » que tous les sujets étudiés ont répondu par le chiffre 3 : très fort, sauf quatre cas (Salam, Amal, Amina et Rima) qui ne se sont pas senties dévalorisées après avoir traversé un événement traumatisant.

Les quatre cas en exil :

-Salam a un bon statut social en Syrie, elle est directrice du centre.

-Amal a réussi à trouver ses repères, à s'affirmer et à trouver sa place en exil. Amal travaille en Syrie.

En effet, le fait de travailler a un effet positif sur l'image de soi, surtout pour Amal. Sa vie, en exil a connu une vraie transformation. Le travail lui a permis de mettre à distance et contrôler les affects liés à son vécu épouvantable.

-Rima réfléchit à sa vie professionnelle, ce qui l'a incitée à suivre des formations diverses afin d'entrer dans le monde du travail.

Le travail est une insertion sociale qui donne lieu à un équilibre psychique. Le travail est une ouverture vers la vie. Le travail aide à se reconstruire après avoir été exclu de chez soi ; il permet une reconstruction sociale.

-Amina, par la voix de la spiritualité, trouve l'apaisement interne et le sentiment de sa propre valeur. Elle n'éprouve qu'amour pour l'humanité.

On peut supposer qu'elles ont trouvé des solidarités qui ont réconforté leur exil, des solidarités plus fortes que celles qui leur ont manqué dans leur pays d'origine.

D'après le questionnaire du Traumaq, l'échelle J vérifie les répercussions sur la qualité de vie. Les réponses à l'item J1 : « *poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?* » sont « oui » pour Fadhila, Salam, Amina, Amal, Rima, et Zeina.

- Salam et Amal travaillent.
- Fadhila, Zeina, et Rima suivent des formations (anglais, couture, informatique...) au centre.
- Bakkia, Karima, Tiba et Aicha ne pratiquent aucune activité.

Les réponses à l'item J9 : « *pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?* » : est « **Non** » chez tous les cas **sauf** pour Salam et Amal.

- **les six cas qui se sentent dévalorisés après l'événement sont** : Zeina, Fadhila, Tiba, Bakkia, Karima et Aicha.

Nous allons voir si l'exil a un effet positif ou négatif sur l'estime de soi.

Zeina, en Syrie, essaye de sortir ou d'occuper sa journée, mais elle n'arrive pas à retrouver sa place dans son pays d'accueil. Elle a beaucoup de mal à trouver de l'estime dans les yeux de son mari, et donc difficilement, son estime de soi. Son existence est dénuée de sens : « *la vie, c'est rien* ». Pour Zeina, l'exil n'a fait qu'affaiblir son estime de soi.

Fadhila, en Syrie, a peur de sortir toute seule, elle a peur pour son fils. Mais on se demande si l'exil a un effet positif ou négatif sur son estime de soi. Fadhila a fait preuve de beaucoup de courage en venant se confier, demander de l'aide, ce qui lui a permis de briser le mur du silence.

Tiba, le fait que la situation en Syrie commence à être instable, a brisé le sentiment de sécurité qui commençait à renaître au fond d'elle.

Bakkia, malgré les efforts pour sortir de ses souffrances, l'exil n'a fait que la plonger dans la tristesse.

Karima, en Syrie, se sent en sécurité. Le sentiment de sécurité alimente l'estime de soi.

Aicha, en arrivant en Syrie, perd son mari et se retrouve toute seule avec ses deux enfants, elle a été obligée de prendre des responsabilités et d'assumer la vie de ses deux enfants. On peut supposer que l'exil a renforcé son estime de soi.

Amina, en Syrie, a de nouveau fui la mort. Le sentiment de sécurité est de nouveau atteint. L'exil a un effet négatif sur son estime de soi.

Rima et Amal retrouvent en exil une potentialité créatrice qui leur permet de reprendre confiance en elles.

Salam en exil a pu intégrer son vécu traumatique.

Trois cas, Salam, Amal et Rima, ne se sont pas senties dévalorisées après l'évènement traumatisant et ont eu plus facilement la possibilité de trouver leur place en exil.

Notre deuxième hypothèse est vérifiée.

CONCLUSION

Arriver au terme de cette recherche et mettre des mots afin de conclure n'est pas une tâche facile, notamment lorsque l'on traite d'un sujet si complexe tel que le traumatisme psychique en situation de guerre.

Mais avant tout, résumons en quelques mots ses principales caractéristiques.

-Le traumatisme de guerre et la question du travail d'élaboration psychique de l'évènement traumatique, de la mise en pensée et du sens donné, ont constitué l'axe principal de ce travail.

-L'idée qu'une enveloppe psychique forte, ainsi qu'une estime de soi positive, permettent de dépasser l'état traumatique.

L'analyse vise d'une part à évaluer l'impact de l'évènement traumatisant chez les sujets étudiés en décelant un « avant » et un « après » l'évènement traumatique afin de révéler l'absence de représentation, et mis en sens de l'expérience traumatique, et d'autre part, notre recherche a évalué l'influence de l'exil sur l'estime de soi, afin de vérifier ses conséquences sur le vécu traumatique, en considérant que lorsque l'exil est positif, les réfugiés (les sujets étudiés) réussissent à trouver leur place en exil et renforcer leur estime de soi. Par contre, lorsque leur vécu en exil est dénué de sens, négatif, il fragiliserait leur estime de soi.

L'enveloppe psychique est maintenue lorsqu'ils trouvent un espace d'écoute au sein de la famille favorisant la communication et qui permet de contenir l'angoisse et venir en soutien de l'action de pensée. Si le sujet ne trouve pas l'étayage au sein de sa famille, il peut également le trouver dans son environnement.

Les entretiens, l'analyse des récits de vie, les résultats obtenus aux questionnaires d'évaluation du traumatisme (Traumaq) ainsi que l'échelle de l'estime de soi nous permettent de soulever certains points :

-L'ensemble des femmes réfugiées que nous avons rencontrées a fait **l'expérience du traumatisme au sens étymologique : blessure et effraction dans leur peau laissant durablement une brèche dans leur enveloppe psychique**. Le syndrome post-traumatique est présent chez tous les cas et génère un profond changement dans la perception de soi et du monde.

L'entretien nous a permis de voir comment l'événement traumatisant a modifié radicalement la trajectoire de vie de ces sujets en décelant un « avant » et un « après » de l'événement, et l'après ne peut plus jamais être pareil à l'avant.

-Le récit de vie et les questions du Traumaq nous ont permis de saisir tous les changements vécus à long terme dans les différentes sphères de la vie : personnelle, affective, familiale, sociale et professionnelle.

La notion de l'après-coup (S. Freud, 1896) désigne un processus par lequel des événements traumatiques ne prennent une signification, chez un sujet, que dans un *après-coup*. Dans le cas des guerres en Irak, on parle de traumatisme collectif, les souffrances vécues empirent jour après jour. Nos sujets d'études étaient exposés en permanence à la violence répétitive. De quel « après-coup » peut-on parler dans cette situation ? Nous avons pris en compte l'après-coup de l'évènement que la victime a cité et considéré comme étant le plus traumatique.

Les entretiens ont permis de recueillir un ensemble de représentations à travers les récits de vie. Nous notons une difficulté de représentation et de mise en mots, donner du sens au vécu traumatique chez trois cas (Zeina, Fadhila, Bakkia). L'estime de soi a été pour les trois femmes complètement atteinte. Elles n'ont pas trouvé au sein de leur famille un étayage. La communication au sein de la famille est en faillite. Ce qui permet de renforcer notre première hypothèse.

Nous repérons dans l'ensemble des récits, et dans les résultats au Traumaq, le syndrome de répétition : répétition-répétition et répétition symbolique, donc porteuse de sens possible. Nous notons que la répétition représente un moyen pour parvenir à une symbolisation chez cinq cas : Tiba, Bakkia, Amal, Amina et Rima.

Durant les longues années de guerre, elles ont été confrontées à la mort, mises face à une réalité insensée, le sentiment de sécurité interne a été anéanti, ce qui a engendré une grande souffrance dans l'existence. Le traumatisme est là, impossible à oublier, choisissant **de vivre et non pas de mourir**, ce qui les a poussées à continuer d'avancer les dotant d'une capacité de survie.

Nous remarquons chez ces femmes, en dépit de leur vulnérabilité, qu'elles disposent d'une capacité étonnante de vivre, de revivre. Elles ont fui l'Irak, empruntant des chemins dangereux, afin de se sauver et de sauver leur enfant. Arrivées en Syrie, entre déracinement et rupture, livrées seules dans un nouveau contexte mais pas totalement étranger : pays arabe, partageant la même langue, et dont les liens d'amitié entre les deux pays s'inscrivent dans une longue histoire commune. L'ensemble de notre échantillon dit avoir bien été accueilli en Syrie. Ceci a contribué à développer un sentiment de sécurité.

En ce qui concerne l'effet de l'exil sur l'estime de soi :

Nous notons chez trois cas (Salam, Amal, et Rima) qu'elles n'éprouvent pas de sentiment de dévalorisation après avoir subi l'évènement traumatisant. Elles sont celles qui sont parvenues à trouver leur place en exil et s'insérer dans le monde du travail.

Le sens de la responsabilité a obligé certaines femmes à faire face et lutter afin d'assumer leur rôle en tant que mère en Syrie. Amina et Karima retrouvent l'apaisement à travers la croyance. Aicha est parvenue à se fixer un objectif qui lui a permis de continuer à exister, lui a donné une raison de vivre.

Nous notons pour Amal que l'exil est porteur de potentialités créatrices.

Pour les trois cas (Zeina, Fadhila, Bakkia), elles ont plus de difficultés à trouver leur place en exil. Toutefois, elles continuent à chercher une solution pour se sortir de leur situation, de l'emprise de la détresse.

Le centre d'accueil des réfugiés leur offre un espace de partage de leur vécu commun, espace transitionnelle entre le pays natal et le pays d'accueil, entre passé et présent, entre la mort et la vie, un espace contenant qui permet la construction d'un monde interne, lui aussi contenant.

Nous supposons que l'exil a eu un effet positif sur l'estime de soi pour tous les cas étudiés.

Elles sont venues solliciter notre aide, ont versé leurs larmes, déposé et verbalisé le mal qui leur a été infligé par autrui. Nous pouvons dire que l'exil a permis de retisser des liens de confiance en l'humanité, détruits par l'horreur de la guerre civile.

Or, cette situation est fragile, les événements actuels en Syrie (actes de terrorisme commis par Daesh), réactualisent à l'identique chez ces femmes l'angoisse vécue dans leur pays d'origine. Ce qui les amène déjà à se projeter de nouveau dans le départ, créant ainsi un sentiment d'errance.

Notre question de départ était : « *pourquoi certains sujets ne dépassent-ils pas l'état traumatique ?* »

Nous nous demandons comment certains cas parviennent à dépasser leur trauma et arrivent à représenter et à donner un sens à leur vécu traumatisant alors que d'autres demeurent profondément marqués ?

Prenons les histoires semblables de Salam et Zeina en illustration. Toutes les deux ont vécu le kidnapping d'un proche avec une demande de rançon contre une libération. D'après les résultats obtenus, Salam est parvenue à mieux dépasser le trauma et à reprendre sa vie en main tandis que Zeina sombre dans une forte culpabilité et est affectée par un fort sentiment de dévalorisation. Elle se sent fautive du kidnapping de sa fille. Zeina est touchée dans son narcissisme, son estime d'elle-même est complètement atteinte.

Dans le cas du traumatisme, il faut prendre en compte **comment l'évènement est accueilli**, élaboré par le psychisme. Ainsi, la nature du traumatisme subi, sa répétition, sont des facteurs à prendre en compte.

Il n'est pas simple de répondre à cette question si vaste et si complexe, mais il est fort possible que l'estime de soi joue un rôle important. Si l'estime de soi est forte, elle permet de résister à l'effondrement au moment du traumatisme. Prenons l'exemple du cas Amal, victime d'un grave traumatisme, (kidnapping de son fils, violence contre son mari), elle se retrouve seule avec ses deux jeunes enfants dont les beaux-parents souhaitaient lui prendre. L'étayage de l'environnement était en faillite mais elle a su trouver la force, alimentée par son estime de soi qui refuse d'être victime, et a pris l'initiative de chercher des ressources et un étayage dans un autre environnement.

Ce que l'on peut retenir en conclusion, c'est que si l'estime de soi, cette ressource interne, est positive, même si les ressources externes sont en faillite, l'estime de soi donne la force qui permet de retrouver des ressources externes l'aidant à aller sur la voie de la résilience.

L'estime de soi donne lieu au sentiment de sécurité interne, qui donne une bonne sécurité émotionnelle et permet de s'engager dans un travail productif.

Les résultats de cette recherche ouvrent sur une perspective de recherche sur deux autres pistes :

- l'immunité psychique constitue-t-elle une force intérieure qui renforce l'enveloppe psychique ?

En écoutant les récits de vies, nous avons l'impression d'assister à un film d'horreur. Ce qui attire notre attention, chez certains sujets étudiés, c'est qu'il existe une sorte d'endurcissement, une espèce d'immunisation. En revenant aux spécificités de la société irakienne, durant des années, l'Irak a connu plusieurs guerres qui perdurent jusqu'à aujourd'hui. Pour les Irakiens, les faits de la guerre sont devenus habituels. Pour certains cas, être exposées à des violences et le fait d'avoir surmonté les épreuves, laisse supposer qu'elles sont devenues plus tenace. La ténacité est une capacité d'endurance et de patience, comme si, elles avaient acquis une immunité psychique.

Notre corps est doté d'un système immunitaire dont la fonction est de défendre notre organisme contre toute agression. L'immunité psychique donne aussi une force intérieure qui permet de résister à l'imprévu de la vie, et donne à la victime de traumatisme la capacité de s'engager dans un combat de longue haleine pour se reconstruire.

Aussi, pour reprendre l'aphorisme de Nietzsche, nous pouvons nous demander si ce qui ne tue pas rend plus fort ?

- La pratique religieuse peut-elle jouer le rôle d'une enveloppe contenant ?

Comment rétablir l'intégrité d'un organisme qui a été fragmenté par le traumatisme ?

Nous avons pu observer chez certains de nos sujets un recours à la pratique religieuse afin de trouver du sens à leur vie après avoir subi des événements épouvantables. Pour eux, la religion donne sens à tout et permet d'accepter la dure réalité ; elle met les limites à l'angoisse qui envahit leur réel. La croyance les aiderait à s'orienter ainsi vers un futur meilleur, en faisant preuve de patience.

Pouvons-nous à partir de là, affirmer, avec les sujets de notre étude, que la croyance religieuse et la spiritualité sont, pour eux, un moyen d'atteindre la paix intérieure sur le plan psychologique ? Il s'agirait là d'une hypothèse de départ pour une éventuelle piste d'ouverture d'une future recherche. C'est une question qui reste ouverte et qui nécessite un dispositif théorique et méthodologique maîtrisé.

Pour achever ce long travail sur le traumatisme, beaucoup de recherches sont encore à réaliser pour comprendre la complexité de cette épreuve. Pour notre part, il s'agit d'un premier pas dans le domaine si fort du trauma, cette thèse nous a permis de répondre aux questions que le proverbe énonce « si une personne échappe à un accident, on dit qu'il lui est « *réécrit une nouvelle vie* ». Ce proverbe cible au plus près la vie d'un sujet traumatisé. En effet, c'est bien d'une nouvelle vie qu'il s'agit pour les personnes traumatisées, car plus rien ne sera comme avant, un nouveau regard sur le monde, sur soi-même et sur les autres.

Le trauma peut être illustré comme un carrefour qui oblige à une nouvelle trajectoire, déviante de la belle ligne droite à laquelle chacun aspire. Et à ce carrefour, chaque personne traumatisée fait face à une orientation, prendre un autre chemin afin de survivre, pour la suite de sa vie, pour sa nouvelle vie. Il y a un avant et un après, et cet après peut être accepté ou non, apporter une nouvelle lumière dans son chemin, une nouvelle force. Pour d'autres personnes, quelque soit le chemin qu'elles prennent, il sera toujours obscurci par le trauma.

Pour nous aussi, c'est une nouvelle vie, cette fin de thèse ouvre une nouvelle page de notre vie professionnelle. Des perspectives de travail sur les personnes traumatisées en Syrie sont en cours de réflexion et constitueront l'objet de nos futurs travaux.

BIBLIOGRAPHIE

- ABONDO, M. *Les capacités d'élaboration : concept transdimensionnel*. Annales médico-psychologiques, 2007, Volume 165, n° 4, p. 241-245.
- ABOU, S. *L'identité culturelle*. Perrin : Presse de l'université Saint-Joseph, 1995.
- ABRAHAM, N. *L'écorce et le noyau*. Paris : Flammarion, 1978.
- AMIREAULT, V. *La rencontre des langues et cultures en contexte d'enseignement/apprentissage du français langue étrangère dans le système universitaire chinois*. Synergies Pays Riverains du Mékong n°4 – 2012.
- ANAUT, M. *La résilience - Surmonter les traumatismes*. Paris : Nathan, 2003.
- ANAUT, M. *Trauma, vulnérabilité et résilience en protection de l'enfance*. 2002.
- ANDRÉ, C. *Imparfais, libres et heureux : Pratiques de l'estime de soi*. Odile Jacob, 2006.
- ANDRÉ, C. *Secret de psys : Ce qu'il faut savoir pour aller bien*. Paris : Odile Jacob, 2011.
- ANDRÉ, C., LELORD, F. *L'estime de soi - s'aimer pour mieux vivre avec les autres*. Odile Jacob, 1999.
- ANDRUETAN, Y. *Les blessures psychiques en 10 questions*. Economica, 2013.
- ANZIEU, D. et al. *Enveloppe familiale et fonction contenante. Émergences et Troubles de la pensée*. Paris : Dunod, 1994, réédition 2000, p. 27-40.
- ANZIEU, D. *Freud et la mythologie*. Revue Française de Psychanalyse, 1970, 2, p. 114-145.
- ANZIEU, D. *Le groupe et l'inconscient*. Paris : Dunod, 1990.
- ANZIEU, D. *Le Moi-peau*. Paris : Dunod, 1995.
- ANZIEU, D. *Note pour introduire l'échelle des symbolisations*. Revue Française de Psychanalyse, 1989, 6, p. 1775-1778.

- ANZIEU, D., CHABERT, C. *Les méthodes projectives*. Paris : Presses universitaires de France, 1961, 2004.
- ANZIEU, D., DORON J., HOUZEL D. et al. *Les enveloppes psychiques*. Paris : Dunod, 2003.
- ANZIEU, D., MARTIN, J.-Y. *La dynamique des groupes restreints*. Paris : Presses universitaires de France, 1968.
- ANZIEU, D. *Le Penser : Du Moi-peau au Moi-pensant*. Paris : Dunod, 1994.
- AULAGNIER, P. *La violence de l'interprétation du pictogramme à l'énoncé*. Paris : Presses universitaires de France, 1975.
- BANDURA, A. *Le sentiment d'auto-efficacité*. Paris : L'harmattan, 2004.
- BARDOU, E., OUBRAYRIE-ROUSSEL, N. *L'estime de soi*. Éditions in Press, 2014.
- BARROIS, C. *Les névroses traumatiques*. Paris : Dunod, 1998.
- BAUBET, T., ABBAL, T. et al. *Traumas psychiques chez les demandeurs d'asile en France : des spécificités cliniques et thérapeutiques*. *Le Journal international de victimologie*, année 2, numéro 2, avril 2004.
- BENOIST, L. *Introduction, Signes, symboles et mythes*. Paris : PUF, «Que sais-je ?», 2009.
- BENSLAMA, F. « L'expérience du hors lieu ». In *Y a-t-il une clinique de l'exil ? (2)*. Journées d'étude du 2 février 2001 de l'École de Ville-Évrard.
- BENSLAMA, F. *Le naturel et l'étranger*. *Le journal de la convention psychanalytique*, juin 1997, numéro 2, p. 13.
- BENSLAMA, F. L'expérience du hors-lieu. In *Y a-t-il une clinique de l'exil ? (2)*. Journées d'étude du 2 février 2001 de l'École de Ville-Évrard.
- Berger, M. *Entretiens familiaux et champ transitionnel*. Paris : PUF, 1986.
- BERGERET, J. *La Violence fondamentale*. Paris : Dunod, 2000.
- BERGERET, J. *Psychologie pathologique, théorique et clinique*. Paris : Masson, 2004.
- BERGSON, H. *Matière et mémoire*. Paris : Quadrige, 1939.
- BERJOT, S., PATY, B. *Stress et faire-face aux menaces du Soi et de l'identité*. *Stress, santé, société*, volume 4 tome 4. Paris : Dunod, 2014.

- BERTAUX, D. *L'enquête est ses Méthodes : le Récit de vie*. Paris : Armand Colin, 2010.
- BETTELHEIM, B. *Psychanalyse des contes de fées*. Pocket, 1999.
- BIKA, G. *Les logiques de survie des réfugiés de guerre. Clinique de la reconstruction post-traumatique dans un pays d'asile. Contributions des méthodes projectives (Rorschach et TAT)*. Université Lumière Lyon 2, 2011.
- BIKA, G. *Les logiques/stratégies de survie des réfugiés de guerre*. Tome 10, numéro 1, (JIDV28 - Juin 2012).
- BION, W.-R. *Recherches sur les petits groupes*. Paris : Presses universitaires de France, 1961.
- BION, W.-R. *Transformations - Passage de l'apprentissage à la croissance*. Paris : Presses universitaires de France, 1982, p. 207.
- BITSI, J.-A. *Processus de symbolisation et appartenances culturelles. Représentations de la maladie mentale et thérapies : le cas du Gabon*. Université Lumière Lyon 2, 2005, p. 328.
- BLEITRAC, D. *GUERRE D'IRAK : 10 ans et des centaines de milliers de morts et 2013 est la pire année...* Le Nouvel Observateur, 26/08/2013.
- BOKANOWSKI, T. *Un traumatisme dans l'histoire de la psychanalyse qui fait « après-coup » dans l'épistémologie des concepts psychanalytiques : Sándor Ferenczi*. Revue Française de Psychanalyse. Paris : Presses universitaires de France, 2009, vol. 73, p. 1531-1538.
- BOKANOWSKI, T. *Traumatisme, traumatique, trauma*. Revue française de psychanalyse, 2002, 66, 3, p. 743.
- BOLZINGER, A. *Histoire de la nostalgie*. 2008.
- BOTELLA, C., BOTELLA, S. *La Figurabilité Psychique*. Éditions In Press, 2007.
- BOUATTA, C. *Violence des mères, violence des enfants*. In *Psychothérapies, pathologies limites et résilience*. Alger : Éditions Casbah, 2010.
- BOUBAKOUR, S. *Représentations culturelles dans la formation des formateurs en lettres françaises. Essai d'analyse comparative entre un groupe d'étudiants de deux villes : Beyrouth (Liban) et Batna (Algérie)*. Université Lumière Lyon 2, 2011.

- BOWLBY, J. *L'attachement*. Paris : Presses universitaires de France, 3ème édition, 1999.
- BRIOLE, G., LEBIGOT, F., LAFONT, B. et al. *Le traumatisme psychique : rencontre et devenir*. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris : Masson, 1994.
- BRONCKART, J.-P. *Dictionnaire de psychologie*, 1991.
- BYNG-HALL, J. *Réécriture des scénarii de deuil. Scénarii familiaux et culturels d'attachement et de perte*. Critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 1999 ; 20 : p. 89-107.
- CALEVOI, N., DARGE, G., GOSSART, R. et al. *Le psychodrame psychanalytique métathérapeutique : supervision, relance et dégagement*. Bruxelles : De Boeck, 2008.
- CAMILLERI, C. et al. *Stratégies identitaires*. Paris : PUF, 1990.
- CAMILLERI, C., COHEN-EMERIQUE, M. *Chocs de cultures : concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*. L'Harmattan, 2000.
- CAMILLERI, C., VINSONNEAU, G. *Psychologie et culture : concepts et méthodes*. Paris : Armand Colin, 1996.
- CANDAU, J. *Anthropologie de la mémoire*. Paris : Presse universitaires de France, 1996.
- CAPOGNET-BARDET, G. *Clinique du trauma*. Érès, 2014.
- CARRON, P.-N., REIGNER, P., YERSIN, B. et al. *Conséquences psychologiques individuelles et communautaires du terrorisme*. Revue de Médecine Suisse, Médecin et terrorisme, 2008, N° 173, p. 2115-2119.
- CHAPUT-LE BARS, C. *Traumatismes de guerre*. L'Harmattan, 2014.
- CHOUVIER, B. *Objet médiateur et groupalité*. Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe, 2004, p. 15-27, 41.
- CHOUVIER, B., ROUSSILLON, R. *Corps, acte et symbolisation*. Bruxelles : De Boeck, 2010.
- CHOUVIER, B., ROUSSILLON, R. *La temporalité psychique*. Paris : Dunod, 2006.

CICCONE, A. *Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques, cahiers de psychologie clinique*. Bruxelles : De Boeck, 2001.

CICCONE, A. *La transmission psychique inconsciente*. Paris : Dunod, 1999.

CICCONE, A., FERRANT, A. *Honte, culpabilité et traumatisme*. Paris : Dunod, 2015.

CLANET, C. *L'interculturel : Introduction aux approches interculturelles en Éducation et en Sciences humaines*. Toulouse : Presses universitaires du Mirail, 1993.

CLERVOY, P. *Le syndrome de Lazare : Traumatisme psychique et destinée*. Albin Michel, 2007.

CORMON, V. *Viol et Métamorphose*. Le Journal International De Victimologie, année 1, numéro 1, octobre 2002.

COTTENCIN, O. *Mémoire autobiographique et trauma*. 2006.

COTTRAUX, J. *La force avec soi : pour une psychologie positive*. Paris : Odile Jacob, 2007.

COUTANCEAU, R., SMITH J., LEMITRE, S. *Trauma et résilience : auteurs et victimes*. Paris : Dunod, 2012.

CROCQ, L. *16 Leçons sur le trauma*. Paris : Odile Jacob, 2012.

CROCQ, L. *Les blessés psychiques de la grande guerre*. Paris : Odile Jacob, 2014.

CROCQ, L. *Les paniques collectives*. Odile Jacob, 2013.

CYRULNIK, B. *Le murmure des fantômes*. Paris : Odile Jacob, 2003.

CYRULNIK, B. *Les âmes blessées*. Paris : Odile Jacob, 2014.

CYRULNIK, B. *Mourir de dire : la honte*. Paris : Odile Jacob, 2010.

CYRULNIK, B. *Sauve-toi, la vie t'appelle*. Paris : Odile Jacob, 2012, p. 138.

CYRULNIK, B. *Ce merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob, 1999, p. 239.

CYRULNIK, B., Duval, P. *Psychanalyse et résilience*. Paris : Odile Jacob, 2006, p. 205-222.

CYRULNIK, B., JORLAND, G. *Résilience connaissances de base*. Odile Jacob, 2012.

CZECHOWSKI, N., DANZIGER, C. *Deuils. Vivre, c'est perdre*. Paris : Éditions Autrement, Série Mutations n°128, 1992.

- DAHAN-GAIDA, L. *Transmission des savoirs et reconfiguration des identités*. ISSN 2107-6537, p. 15.
- DAHOUN, Z. *Les couleurs du silence*. Paris : Calmann-Lévy, 1995.
- DALIGAND, L. *La honte et le trauma*. Revue Francophone du Stress et du Trauma, 2006, 6 (3).
- DAMIANI, C. *Les victimes : violences publiques et crimes privés*. Paris : Bayard éditions, 1997.
- DARVES-BORNOZ, J.-M. *Syndrome traumatique du viol et de l'inceste*. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Éditions Masson, 1996.
- DE TYCHEY, C. *Violence subie et résilience*. Érès, 2015.
- DELAGE, M. Traumatisme psychique et résilience familiale. In *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 2002, p. 69-78.
- DELAGE, M., LE BRETON, L., BAILLET-LUSSIANA, S. et al. : *Application de la théorie de l'attachement à la compréhension et au traitement du couple*, publié dans *Thérapie Familiale*, 2004/2 (Vol. 25), Éditeur Médecine & Hygiène, p. 171-190.
- DELERUE, F. et CREPIN, N. *Echelle d'estime de soi de Rosenberg*.
- DELEUZE, G. *Logique du sens*. Paris : Les éditions de minuit, 1969.
- DERIVOIS, D. *Les adolescents victimes-délinquants*. Bruxelles : De Boeck, 2010.
- DESCUBES-DEMIRDJIAN, H. *La transmission du génocide arménien à la troisième génération*. Canal psy n° 76, p. 10.
- DEVEREUX, G. *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion, 1972, réédition 1985.
- DEVEREUX, G. *Psychothérapie d'un Indien des Plaines*. Paris : J-C. Godefroy, 1951, 1969.
- DI, C., MORO, M.-R. *Conflit des cultures dans la constitution de soi*. Informations sociales 2008/1 (n° 145), p. 16-24.
- DORON, J. *Les enveloppes psychiques*. 1987.
- DORON, J., PAROT, F. *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Pesses universitaires de France, 2003.
- DORTIER, J.-F. *D'où vient le besoin de croire ?* Sciences Humaines, 2012.

- DORTIER, J.-F. *Pourquoi croit-on en Dieu ?* 2011.
- DUEZ, B. Le travail du traumatisme dans le roman migratoire. Conférence du 28 février 2005.
- DUMONT, J.-N. *Vie spirituelle & psychologie : Colloque interdisciplinaire*. Lyon : le collège supérieur, 2003.
- DURAND, G. *Figures mythiques et visages de l'œuvre*. Paris : Dunod, 1992.
- DURAND, G. *Les structures anthropologiques de l'imaginaire : introduction à l'archétypologie générale*. Paris : Dunod, 1969.
- DURKHEIM, E. *De la division du travail social*. Paris : PUF, 11^{ème} édition, 1986.
- DURKHEIM, E. Représentations individuelles et collectives. In *Sociologie et Philosophie*. Paris : Presses universitaires de France, édition 1996, p.1-48.
- ESTELLON, V., MARTY, F. *Cliniques de l'extrême*. Paris : Armand Colin, 2012.
- FERENCZI, S. *Le traumatisme*. Paris : Payot, 1982.
- FISCHER, G.-N. *Le Ressort invisible*. Paris : Dunod, 2014.
- FISCHER, G.-N. *Les blessures psychiques*. Paris : Odile Jacob, 2003.
- FISCHER, G.-N. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod, 1996.
- FREUD, A. « Le traumatisme psychique ». In *L'enfant dans la psychanalyse*. Ed Gallimard, 1964, p. 205.
- FREUD, S. (1891) *Contribution à la conception des aphasies*. Paris : PUF, 1983.
- FREUD, S. *Deuil et Mélancolie*, publié dans *Sociétés* 2004/4 (n° 86). Bruxelles : De Boeck, p. 7-19.
- FREUD, S. *Essais de la psychanalyse appliquée*. Paris : Gallimard, 1978.
- FREUD, S. La fixation au trauma, l'inconscient (1916-1917). In *Leçon d'introduction à la psychanalyse, œuvre complètes, tome XIV*. Paris : PUF, 2000, p. 284-285.
- FREUD, S. *Le Moi et les mécanismes de défense*. Paris : Presses universitaires de France, 1975.
- FREUD, S. *Malaise dans la culture*. Paris : Presses universitaires de France, 1929, réédition 1997.

- FREUD, S. Métapsychologie. In *Œuvres complètes*, vol XIII, 1914-1915. Paris : Presses universitaires de France, 1988.
- FREUD, S. *Notre Rapport à la mort*. 1915.
- FREUD, S. *Psychopathologie de la vie quotidienne*. Paris : Payot, 1967.
- FREUD, S. *Totem et tabou*. Paris : Payot, 1913, réédition 1968.
- FREUD, S. *Trois essais sur la sexualité*. Paris : Gallimard, 1920, réédition 1962.
- GANNAGE, M. *L'enfant, les parents et la guerre. Une étude Clinique au Liban*. Paris : ESF, 1999.
- GARLAND, C. *Comprendre le Traumatisme*. Éditions du Hublot, 2001.
- GEERTZ, C. *Religion as a cultural system*. In *Bantam, Anthropological Approach of the Study of Religion*. Londres : Tavistock, 1966.
- GENEST-CHENE, Y. *André Rey, psychologue scientifique : les théories passent, les faits demeurent*. Éd : des sentiers, 1990.
- GIBEAULT, A. *Présentation du rapport. Destins de la symbolisation*. Revue Française de Psychanalyse, LIII, 1989, 6, p. 1493-1515.
- GIRARD, R. *La violence et le sacré*. Paris : Albin Michel, 1990.
- GOBANCÉ, L., BERJOT, S., PATY, B. Rôle et place de l'estime de soi dans le modèle transactionnel du stress. In *Stress et faire face aux menaces du soi et de l'identité*. Épure, Presses universitaires de Reims, 2008, p. 127.
- GODEFROID, J. *Psychologie science humaine et science cognitive*. Bruxelles : De Boeck, 2011.
- GRAPPAF (Groupe de recherche et d'application des concepts psychanalytiques et psychiatriques en Afrique francophone). *De Freud Au Trauma Africain*. Paris : L'harmattan, 2006.
- GREEN, A. *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris : éditions de Minuit, 1983.
- GRINBERG, L., GRINBERG, L. *Psychanalyse du migrant et de l'exilé*. Lyon : Éditions Cesura, 1986.
- GUIMELLI, C. *La pensée sociale*. Paris : Presses universitaires de France, 1999.
- HAAG, G. et coll. Processus groupal et enveloppes psychiques au travers de psychanalyses groupales avec des enfants psychotiques et déficitaires. In *Les*

- Psychothérapies de groupes d'enfants au regard de la psychanalyse*. Paris : Clancier-Guénaud, 1989, p. 71-93.
- HAESEVOETS, Y.-H. *L'enfant victime d'inceste : De la séduction traumatique à la violence sexuelle*. Bruxelles : De Boeck, 2003.
- HAESEVOETS, Y.-H. *Prostitution et enfance : l'exploitation de l'innocence*. 2008.
- HARLING, P. *Dix ans après, que devient l'Irak ?* Le monde diplomatique, 2013.
- HAUSWIRTH, M., MOMENI CANELLINI, A., BENNOUN, N. *Un improbable refuge*. *Psychothérapies*, 2004/4 (Vol. 24), p. 215-222, Éditeur Médecine & Hygiène.
- HOUBBALLAH, A. *Destin du traumatisme*. Paris : Hachette littératures, 1998.
- HOUBBALLAH, A. *Le virus de la violence*. Albin Michel, 1996.
- HOUZEL, D. *Le concept d'enveloppe psychique*. Paris : Éditions In Press, Concept psy, 2005.
- IONESCU, S. Pour une approche intégrative de la résilience. In *Psychanalyse et résilience*. Paris : Odile Jacob, 2006.
- IRACANE-BLANCO, M. *Le psycho-traumatisme*.
- JACOB, A. *Dictionnaire : Les notions philosophiques*. Paris : PUF, 1990, Tome 2.
- JACQUARD, A., BELLET, M., SIBONY, D. *Reprendre goût à la vie, comment ?* Les éditions de l'Atelier, 2005.
- JAMES, W. *L'estime de soi dans la psychologie sociale, 1842-1910*.
- JANDOUBI, V. *L'estime de soi et l'école*.
- JODELET, D. *Le Grand Dictionnaire de la Psychologie*, 1991, p. 668.
- JOSSE, E. *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. Bruxelles : De Boeck, 2014.
- JOSSE, E. *Métaphore et traumatisme psychique*. 2013.
- KAËS, R. *Crise, rupture et dépassement*. Paris : Dunod, 1990.
- KAËS, R. *Différences culturelles et souffrances de l'identité*. Paris : Dunod, 1998.
- KAËS, R. *L'appareil psychique groupal*. Paris : Dunod, 2000.
- KAËS, R. *Transmission de la vie psychique entre générations*. Paris: Dunod, 1993.
- KLEIN, M. *À propos de l'identification*. Paris : Gallimard, 1955.
- KLEIN, M. *Essais de psychanalyse*, Paris : Payot, 1968.

- LABÉDAN, C. *Inceste, la réalité volée*. Paris : Éditions Bréal, 2012.
- LACAN, J. *Les complexes familiaux*. Paris : Navarin, 1938.
- LACAN, J. *Le Séminaire II*. Paris : Seuil, 1978.
- LACAN, J. *Le Séminaire III*. Paris : Seuil, 1981.
- LAHIRE, B. *Les tableaux de familles*, Paris : Gallimard/Seuil, coll. « Hautes Études », 1995.
- LAHLOU, M. *Transmission et création*. Lyon Limonest : L'interdisciplinaire, 2003.
- LAHLOU, M., VATZ-LAROUSSI, M., BOLZMAN, C. *Familles migrantes au gré des ruptures. Tisser la transmission*. Lyon Limonest : L'interdisciplinaire, 2008.
- LAHLOU, M., VINSONNEAU, G. *La psychologie au regard des contacts de cultures*. Limonest : L'interdisciplinaire, 2001.
- LANI, M. *À la recherche de la génération perdue*. Le journal des psychologues : psychologie et société, 1990.
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France, 1967.
- LEBIGOT, F. *Le traumatisme psychique*, Paris : Fabert, 2011.
- LEBIGOT, F. Quels soins immédiats réaliser après catastrophe ou trauma, dans le livre : *Les débriefings psychologiques en question*, E. De soir et E. Vermeiren. Garant, 2002.
- LEBIGOT, F. *Traiter les traumatismes psychiques : clinique et prise en charge*. Paris : Dunod, 2011, p. 11.
- LEBOVICI, S. *Interaction fantasmique et transmission transgénérationnelle*. Paris : Eshel, 1988.
- LECOMTE, J. *Introduction à la psychologie positive*. Paris : Dunod, 2014.
- L'ECUYER, R. *Le concept de soi*. Paris : PUF, 1979.
- LEMAN, J., GAILLY, A. *Thérapies interculturelles*. De Boeck, 1992.
- LESOEURS, G. *Analyse de l'ouvrage Le Moi-Peau de Didier Anzieu*, 1985.
- LEVINE, P. *Réveiller le tigre - Guérir le traumatisme*. Paris : InterEditions, 2013.

- LÉVI-STRAUSS, C. *L'identité : séminaire interdisciplinaire*. Paris : Presses universitaires de France, 2007.
- LINTEAU, M.-A. *Soigner son âme que ce que la douleur psychique* - Le Bulletin VIE-A-VIE/Bibliothèque nationale du Québec - Vol. 15, N° 4, 2003.
- LYSOE, K. *Analyse psychocriminologique du mariage forcé*.
- MANSOUR, S. *Des enfants et des pierres*, 1989.
- MEKIRI, K. *Adolescent et traumatisme de guerre : résilience et liens familiaux. Rôle des représentations familiales dans le processus de résilience chez les adolescents victimes d'actes terroristes*. Université de Rouen, 2011.
- MÉNÉCHAL, J. *Introduction à la psychopathologie*. Paris : Dunod, 1997.
- MIJOLLA-MELLOR, S. Sublimation et résilience. In *Psychanalyse et résilience*. Paris : Odile Jacob, 2006.
- MONTARDRE, H. *La Mythologie grecque*. Éditions Milan, 2011.
- MORO, M.-R. *Psychothérapies transculturelles de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Dunod, 1978.
- MORO, M.-R., NATHAN, T. Ethnopsychiatrie de l'enfant. In *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris : Presses universitaires de France, 1985, p. 423-446.
- MOUSSAOUI, D. *Psychopathologie des migrants*. Paris : Presses universitaires de France, 1985.
- MUNYANDAMUTSA, N. *Question du sens et des repères dans le traumatisme psychique*. Suisse : Éditions Médecine & Hygiène, 2001.
- MUXEL, A. *La mémoire familiale, un passé devant soi ?* 2008.
- NASIO, J.-D. *Le plaisir de lire Freud*. Paris : Éditions Payot & Rivages, 2001.
- NICOLAÏDIS, N. *La force perceptive de la représentation de la pulsion*. Paris : Presses universitaires de France, 1993.
- NING, L. *La vie psychique et sociale des enfants dans les orphelinats chinois*. Université René Descartes - Paris V, 2012.
- ORLOFF, J. *Liberté émotionnelle*. Ariane Editions, 2009.
- PADUART, P. *Psychisme et culture*. Revue Belge de Psychanalyse 45, p. 8.

- PELSSER, R. *Qu'appelle-t-on symboliser ? Une mise au point*. Bulletin de Psychologie, 1989, XLII, 392, p. 714-726.
- PERREGAUX, C. *Odysee : Accueils et approches interculturelles*. Neuchâtel : COROME, 1994.
- PERRON, R. *Représentation, symbolisation, théorisation*. Revue Française de Psychanalyse, 1992, 1, p. 159-174.
- PIAGET, J. *La formation du symbole chez l'enfant*. Neuchâtel ; Paris : Delachaux et Niestlé, 1976.
- PIRET, B. *Approche psychanalytique du traumatisme ; de l'irruption du Réel à l'errance psychique*. 2007.
- POILPOT, M.-P. *La résilience : le réalisme de l'espérance*. Éditions Érès, 2010.
- POILPOT, M.-P. *La résilience : le réalisme de l'espérance*. Collection : Fondation pour l'enfance. Toulouse : Éditions Érès, 2001.
- POLTTI, R., DOBBS, B. *La résilience, l'art de rebondir*. Paris : Éditions Jouvence, 2001.
- Psychothérapies, pathologies limites et résilience*, 2010.
- RABAIN, J.-F. *Freud ou Winnicott ? La place du père et de la mère dans la construction psychique*. 2010.
- REY, B. *Modelage et psychose : de la matière brute à sa mise en forme. Sensorialité, travail de l'archaïque et symbolisation*. Université Lumière Lyon 2, 2010.
- REYNAUD, M. *Le modèle de l'attachement adulte dans la perturbation de la régulation émotionnelle et des liens affectifs des femmes hospitalisées souffrant de dépression*. Université de Bourgogne, Thèse en Psychologie Clinique et Psychopathologie, 2011.
- RICHARD, H. *Dis-moi qui tuer ? Violence dans le social et en situation thérapeutique*. Québec : Cap-Saint-Ignace, 1997.
- RICOEUR, P. *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil, 1996.
- ROHEIM, G. *Origine et fonction de la culture*, Paris : Gallimard, 1943, réédition 1972.
- ROISIN, J. *De la survivance à la vie-essai sur le traumatisme psychique et sa guérison*. Paris : Presses universitaires de France, 2010.

- ROUSANG, F. *Le secret de Socrate*. Paris : Odile Jacob, 2009.
- ROUSSILLON, R. *Agonie, Clivage et Symbolisation*. Paris : Presses universitaires de France, 2012.
- ROUSSILLON, R. *La métapsychologie des processus et la transitionnalité*. Revue Française de Psychanalyse, 1995, [Numéro spécial], p. 1351-1519.
- ROUSSILLON, R. *Le Plaisir et la Répétition : Théorie du processus psychique*. Paris : Dunod, 2001.
- ROUSSILLON, R. *Les enjeux de la symbolisation à l'adolescence*. Adolescence. Monographie de la Société Internationale de Psychiatrie de l'Adolescent, Les Éditions du GREUPP, 2000, p. 7-23.
- ROUSSILLON, R. *Les situations extrêmes et leur devenir*. 2006.
- SALMI, H., PONT-HUMBERT, C. *Ethnopsychiatrie : Cultures et thérapie*. Éditions Vuibert, 2004.
- SALMONA, M. *La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité : ou comment devient-on étranger à soi-même*. Paris : Dunod, 2013.
- SCHÜTZENBERGER-ANCELIN, A. *Aïe, mes aïeux*. Paris : La méridienne, 1993.
- SEGAL, H. *Note sur la formation du symbole*. Revue Française de Psychanalyse, 1970, 4, p. 685-696.
- SEGRS, M.-J. *De l'exil à l'errance*. Collection : Psychanalyse et clinique, Érès, 2009.
- SHANKLAND, R. *La psychologie positive*. Paris : Dunod, 2014.
- SILVESTRO-TEISSONNIERE, C. *La migration traumatique, une pathologie du lien : Souffrance psychique et souffrance corporelle chez les mineurs isolés étrangers*. Université de Rouen, année universitaire 2010-2011, p. 11.
- SIRONI, F., BRANCHE, R. *La torture aux frontières de l'humain*. Revue internationale des sciences sociales, 2002/4 (n°174), Érès, p. 591-600.
- SPERBER, D. *L'étude anthropologique des représentations*. In *Les représentations sociales*. Paris : Presses universitaires de France, 7^{ème} édition, 2003, p. 115-130.
- SURVIVANTS DE L'INCESTE ANONYMES. *Les effets de l'inceste sur l'enfant devenu adulte*.
- TADIÉ, M., YVES, J. *Le sens de la mémoire*. Paris : Gallimard, 1999.

- TARQUINIO, C., MONTEL, S. *Les psychotraumatismes*. Paris : Dunod, 2014.
- TERRA, J.-L. *La conduite de l'entretien psychiatrique : L'art de la compréhension*. Elsevier Masson, 2005.
- THÉSÉE, G., CARIGNAN, N., CARR, P.-R. *Les faces cachées de l'interculturel*. Paris : L'Harmattan, 2010.
- TISSERON, S. *La honte : Psychanalyse d'un lien social*. Paris : Dunod, 1992.
- TISSERON, S. *Mémoire et création*. 1996.
- TISSERON, S. *Que sais-je : La résilience*. Paris : Presses universitaires de France, 2007.
- VALLIERES, F., VALLERAND, R. Traduction de l'échelle : "*Rosenberg's Self-Esteem scale*", 1965, *International Journal of Psychology* 25, p. 305-316, 1990.
- VAN, D.-H. *La théorie du sens et la traduction des facteurs culturels*. 2010.
- WIEVIORKA, A. *L'ère du témoin*. Paris : Hachette, 1998.
- WINNICOTT, D. *Conversations ordinaires*. Paris : Gallimard, 1986.
- WINNICOTT, D. *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. Paris : Gallimard, 1977.
- WINNICOTT, D. *La relation précoce mère-enfant, Quelques concepts*.
- WINNICOTT, D. *Le monde à petite dose, l'enfant et sa famille*. Paris : Payot, 1957.
- YAHYAOUÏ, A. *Corps, espace-temps et traces de l'exil : incidences cliniques*. Grenoble : la pensée sauvage, 1989.
- YAHYAOUÏ, A. *Identité, culture et situation de crise*. Paris : La pensée sauvage, 1989.
- ZAOUCHE-GAUDRON, C. *Le développement social de l'enfant*. Paris : Dunod, 2002.

Ouvrages en langue arabe :

- ALNABULSI, M.-A. *Le traumatisme psychique, psychologie des guerres et des catastrophes*. Beyrouth : Alnahda Alarabiya, 1991.
- TOUMEH, N. *La philosophie du façonnage idéologique*. 11 volumes, éditions Orient, 2007-2015.

Table des Annexes

- Annexe A – Test Traumaq et estime de soi Zeina
- Annexe B – Test Traumaq et estime de soi Fadhila
- Annexe C – Test Traumaq et estime de soi Salam
- Annexe D – Test Traumaq et estime de soi Tiba
- Annexe E – Test Traumaq et estime de soi Bakkia
- Annexe F – Test Traumaq et estime de soi Karima
- Annexe G – Test Traumaq et estime de soi Aicha
- Annexe H – Test Traumaq et estime de soi Amal
- Annexe I – Test Traumaq et estime de soi Amina
- Annexe J – Test Traumaq et estime de soi Rima
- Annexe K – Chapitre 3 : Administration et cotation, Manuel Traumaq
- Annexe L – Chapitre 4 : Etudes psychométriques, Manuel Traumaq
- Annexe M – Calculs des notes brutes pour l'échelle J des questionnaires Traumaq
- Annexe N – Test Traumaq en arabe
- Annexe O – Test Traumaq en arabe – Exemple du cas de Karima
- Annexe P – Récit de Tiba en arabe
- Annexe Q – Test de Rosenberg en arabe

Annexe A – Test Traumaq et estime de soi Zeina

Traumaq
Questionnaire d'évaluation du traumatisme
*Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin*

Passation individuelle	<input checked="" type="checkbox"/>	Nom : <u>Zeina</u>
Collective	<input type="checkbox"/>	Prénom : _____
Victime directe de l'événement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Age : <u>50 ans</u>
Témoin	<input checked="" type="checkbox"/>	Date de passation : <u>10/8/2011</u>
		Lieu de passation : <u>DAMAS</u>

Informations concernant l'événement :

Événement individuel	<input type="checkbox"/>	Collectif	<input checked="" type="checkbox"/>	Nature* : <u>Enlèvement de sa fille, menace</u>
Lieu (domicile, voie publique, etc.) :	_____			
Date :	<u>2006</u>			
Durée :	<u>2 jours</u>			
Blessures physiques :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Description :	_____
			Séquelles actuelles :	_____
Avez-vous bénéficié de l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?				
	<input checked="" type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		
ITT ¹	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Nombre de jours :	_____ Arrêt de travail <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Durée : _____
IPP ²	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Pourcentage :	_____

*** Nature de l'événement**
En fonction de la réponse recueillie, cocher une ou plusieurs cases ci-dessous :

<input type="checkbox"/> Catastrophe naturelle	<input type="checkbox"/> Coups et blessures volontaires
<input type="checkbox"/> Catastrophe technologique	<input type="checkbox"/> Coups et blessures involontaires
<input type="checkbox"/> Catastrophe aérienne, maritime ou ferroviaire	<input type="checkbox"/> Tentative d'homicide
<input type="checkbox"/> Accident de la voie publique	<input type="checkbox"/> Agression sexuelle
<input type="checkbox"/> Attentat	<input type="checkbox"/> Viol
<input type="checkbox"/> Explosion de gaz	<input type="checkbox"/> Racket
<input type="checkbox"/> Accident domestique	<input type="checkbox"/> Conflit armé
<input type="checkbox"/> Prise d'otage ou séquestration	<input type="checkbox"/> Tortures
<input type="checkbox"/> Hold-up ou vol à main armée	<input checked="" type="checkbox"/> Autres

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail
² IPP = Incapacité Permanente Partielle

ecpa Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée
Copyright © 2006 par les Editions du Centre de Psychologie Appliquée
25, rue de la Plaine – 75980 PARIS CEDEX 20. France. Tous droits réservés.

Zina Z

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

Situation familiale

Marié(e) ou en concubinage Divorcé(e) ou séparé(e) Célibataire Veuf/Veuve

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : 5 enfants

Situation professionnelle

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps temps partiel

Sans emploi : homme ou femme au foyer chômage congé parental
en stage formation congé maladie retraité(e)

Etat de santé

Avez-vous des problèmes de santé : Non Oui lesquels : Diabète

Suiviez-vous un traitement médical : Non Oui de quelle nature : _____

Avez-vous déjà consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Avez-vous suivi une psychothérapie : Non Oui sous quelle forme : _____

Date : _____ Durée : _____

Avez-vous vécu d'autres événements qui vous ont profondément marqué(e) :

Non Oui

Nature : menace => obligation de quitter ALBASSPA
Date : 2006 vers DAMAS (chemin dangereux)

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

Avez-vous consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Suivi d'une psychothérapie : Non Oui Sous quelle forme : _____

Date de la première séance : _____

Nombre de consultations (à ce jour) : _____

Traitement médical : Non Oui Lequel : _____

Durée : _____

PREMIERE PARTIE

Zeina 3

Vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite. Le temps de passation n'est pas limité.

Pour toutes les questions suivantes, utiliser l'échelle ci-dessous et cocher la case correspondante.

Intensité (ou fréquence) de la manifestation			
0	1	2	3
----- ----- -----	----- ----- -----	----- ----- -----	----- ----- -----
nulle	faible	forte	très forte

Pendant l'événement

Nous allons aborder ce que vous avez ressenti pendant le déroulement de l'événement.

		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des sueés, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ? <i>double</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total A		23			

Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez actuellement.

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total B		12			

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total C		15			

Zeima 4

Intensité (ou fréquence) de la manifestation				
0	1	2	3	
----- ----- -----	----- ----- -----	----- ----- -----	----- ----- -----	
nulle	faible	forte	très forte	

		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D5	Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total D					13

		0	1	2	3
E1	Vous sentez-vous plus vigilant(e), plus attentif(ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2	Vous estimez-vous plus méfiant(e) qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E3	Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E5	Vous sentez-vous plus agressif(ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total E					12

		0	1	2	3
F1	Lorsque que vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4	Depuis l'événement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total F					7

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G2	Avez-vous plus de "trous de mémoire" qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total G					7

Thema 5

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

0 1 2 3
 |-----|-----|-----|
 nulle faible forte très forte

		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H6	Eprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total H					19

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total I					21

		oui	non
J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	oui	non
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	oui	non
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	oui	non
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	oui	non
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	oui	non
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	oui	non
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	oui	non
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	oui	non
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	oui	non
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	oui	non
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	oui	non
Total J			8

DEUXIEME PARTIE

Zeina 6

Vous venez de terminer le bilan de ce que vous vivez aujourd'hui. Or, depuis l'événement, il est possible qu'il y ait eu une évolution : certains troubles ont disparu alors que d'autres durent encore.

En utilisant les échelles ci-dessous, préciser le délai d'apparition des troubles décrits, ainsi que leur durée :

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

- 0 : Pas concerné
- 1 : Le jour même de l'événement
- 2 : Entre 24 heures et 3 jours
- 3 : Entre 4 jours et 1 semaine
- 4 : Entre 1 semaine et 1 mois
- 5 : Entre 1 et 3 mois
- 6 : Entre 3 et 6 mois
- 7 : Entre 6 mois et un an
- 8 : Plus d'un an

Durée des troubles

- 0 : Pas concerné
- 1 : Immédiatement après l'événement
- 2 : Moins d'une semaine
- 3 : De 1 semaine à 1 mois
- 4 : De 1 à 3 mois
- 5 : De 3 à 6 mois
- 6 : De 6 mois à un an
- 7 : Plus d'un an
- 8 : Trouble toujours présent à ce jour

Troubles	Délai d'apparition	Durée
1 - L'impression de revivre l'événement, les souvenirs et les images de l'événement qui reviennent.	X	6 ans
2 - Les troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ou nuits blanches.	X	
3 - L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité.	X	
4 - La crainte de retourner sur les lieux de l'événement ou des lieux similaires.	X	
5 - L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle.		
6 - La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance.		
7 - Les réactions physiques telles que : sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc.		
8 - Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique.	X	
9 - L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.).	X	
10 - Les difficultés de concentration et/ou de mémoire.	X	
11 - Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide.	X	
12 - La tendance à s'isoler.	X	
13 - Les sentiments de culpabilité et/ou de honte.	X	

Résultats au TRAUMAQ

Zeine 7

Cotation des échelles de la première partie

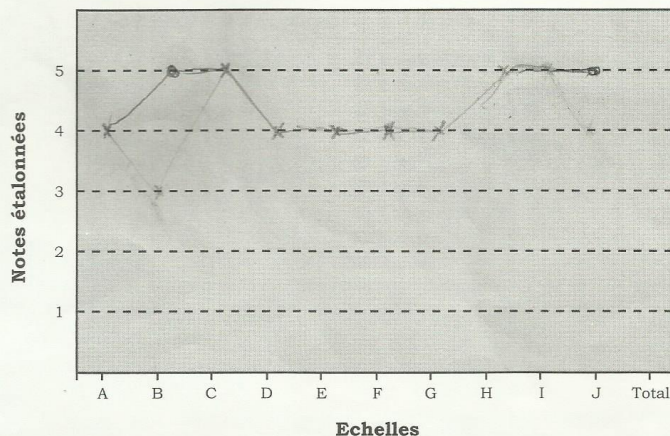
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

Pour l'échelle J, les réponses NON sont cotées 1 point et les réponses OUI sont cotées 0 point, à l'exception des items 4, 5, 6 et 11 pour lesquels la réponse OUI est cotée 1 point et la réponse NON est cotée 0 point.

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0-6	7-12	13-18	19-23	24
B	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1-4	5-7	8-9	10 et +
C	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1-3	4-9	10-13	14 et +
D	13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-4	5-9	10-13	14 et +
E	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0-1	2-4	5-9	10-14	15 et +
F	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-3	4-6	7-9	10 et +
G	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-2	3-5	6-7	8 et +
H	19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1-3	4-11	12-17	18 et +
I	21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0-1	2-5	6-9	10-16	17 et +
J	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1	2-5	6-7	8 et +
Total	133	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0-23	24-54	55-89	90-114	115 et +

Profil



Traumatisme
Très fort

Test estime de soi – Cas de Zeina

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

		1	2	3	4
1	-Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.			<input checked="" type="checkbox"/>	
2	-Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.		<input checked="" type="checkbox"/>		
3	-Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.				<input checked="" type="checkbox"/>
4	-Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.			<input checked="" type="checkbox"/>	
5	-Je sens peu de raison d'être fier de moi.				<input checked="" type="checkbox"/>
6	-J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.		<input checked="" type="checkbox"/>		
7	-Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			<input checked="" type="checkbox"/>	
8	-J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.			<input checked="" type="checkbox"/>	
9	-Parfois, je me sens vraiment inutile.				<input checked="" type="checkbox"/>
10	-Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			<input checked="" type="checkbox"/>	

- Les thèmes : 1, 2, 4, 6 et 7.

$$3 + 2 + 4 + 2 + 3 = 14$$

- Les thèmes : 3, 5, 8, 9 et 10.

$$1 + 1 + 2 + 1 + 2 = 7$$

$$14 + 7 = 21$$

Zeina a obtenu un score de 21, c'est inférieur à 25, son estime de soi est donc très faible.

Annexe B – Test Traumaq et estime de soi Fadhila

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

FADHILA

Passation individuelle

Collective

Victime directe de l'événement

Témoin

Nom : _____

Prénom : Mouna

F M Age : _____

Date de passation : 8/24/2010

Lieu de passation : centre

Informations concernant l'événement :

Événement individuel Collectif Nature* : _____

Lieu (domicile, voie publique, etc.) : _____

Date : 2006

Durée : 10 jours

Blessures physiques : Non Oui Description : _____

Séquelles actuelles : _____

Avez-vous bénéficié de l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?

Non Oui

ITT¹ Non Oui Nombre de jours : _____ Arrêt de travail Non Oui Durée : _____

IPP² Non Oui Pourcentage : _____

*** Nature de l'événement**

En fonction de la réponse recueillie, cocher une ou plusieurs cases ci-dessous :

<input type="checkbox"/> Catastrophe naturelle <input type="checkbox"/> Catastrophe technologique <input type="checkbox"/> Catastrophe aérienne, maritime ou ferroviaire <input type="checkbox"/> Accident de la voie publique <input type="checkbox"/> Attentat <input type="checkbox"/> Explosion de gaz <input type="checkbox"/> Accident domestique <input checked="" type="checkbox"/> Prise d'otage ou séquestration <input type="checkbox"/> Hold-up ou vol à main armée	<input type="checkbox"/> Coups et blessures volontaires <input type="checkbox"/> Coups et blessures involontaires <input type="checkbox"/> Tentative d'homicide <input checked="" type="checkbox"/> Agression sexuelle <input type="checkbox"/> Viol <input type="checkbox"/> Racket <input type="checkbox"/> Conflit armé <input type="checkbox"/> Tortures <input type="checkbox"/> Autres
---	--

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail

² IPP = Incapacité Permanente Partielle

ecpa Les Editions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

Copyright © 2006 par Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée
25, rue de la Plaine – 75980 PARIS CEDEX 20. France. Tous droits réservés.

Fadhila z

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

Situation familiale

Marié(e) ou en concubinage Divorcé(e) ou séparé(e) Célibataire Veuf/Veuve

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : 1 enf: 2 ans

Situation professionnelle

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps temps partiel

Sans emploi : homme ou femme au foyer chômage congé parental
en stage formation congé maladie retraité(e)

Etat de santé

Avez-vous des problèmes de santé : Non Oui lesquels : _____

Suivez-vous un traitement médical : Non Oui de quelle nature : Psychiatrie

Avez-vous déjà consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Avez-vous suivi une psychothérapie : Non Oui sous quelle forme : _____

Date : _____ Durée : _____

Avez-vous vécu d'autres événements qui vous ont profondément marqué(e) :

Non Oui Nature : inceste

Date : 4 ans → 13 ans

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

Avez-vous consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Suivi d'une psychothérapie : Non Oui Sous quelle forme : _____

Date de la première séance : _____

Nombre de consultations (à ce jour) : _____

Traitement médical : Non Oui Lequel : Calmement

Durée : jusqu'à maintenant

PREMIERE PARTIE

Fadhila 3

Vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite. Le temps de passation n'est pas limité.

Pour toutes les questions suivantes, utiliser l'échelle ci-dessous et cocher la case correspondante.

Intensité (ou fréquence) de la manifestation			
0	1	2	3
----- ----- -----			
nulle	faible	forte	très forte

Pendant l'événement

Nous allons aborder ce que vous avez ressenti **pendant** le déroulement de l'événement.

		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des sueées, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total A					20

Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez **actuellement**.

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total B					12

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total C					3

Fadhila 4

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

0 1 2 3
 |-----|-----|-----|
 nulle faible forte très forte

		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D5	Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total D					15

		0	1	2	3
E1	Vous sentez-vous plus vigilant(e), plus attentif(ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2	Vous estimez-vous plus méfiant(e) qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E3	Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5	Vous sentez-vous plus agressif(ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total E					16

		0	1	2	3
F1	Lorsque que vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F4	Depuis l'événement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total F					12

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2	Avez-vous plus de "trous de mémoire" qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total G					2

Fadhila 5

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

0 1 2 3
 |-----|-----|-----|
 nulle faible forte très forte

		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H6	Eprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total H					24

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total I					15

J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	<input checked="" type="radio"/>	non
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	oui	<input type="radio"/>
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	<input checked="" type="radio"/>	non
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	oui	<input type="radio"/>
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	<input checked="" type="radio"/>	non
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	<input checked="" type="radio"/>	non
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	<input checked="" type="radio"/>	non
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	oui	<input checked="" type="radio"/>
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	oui	<input checked="" type="radio"/>
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	oui	<input checked="" type="radio"/>
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	<input checked="" type="radio"/>	non
Total J			

DEUXIEME PARTIE

Fadhila 6

Vous venez de terminer le bilan de ce que vous vivez aujourd'hui. Or, depuis l'événement, il est possible qu'il y ait eu une évolution : certains troubles ont disparu alors que d'autres durent encore.

En utilisant les échelles ci-dessous, préciser le délai d'apparition des troubles décrits, ainsi que leur durée :

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

- 0 : Pas concerné
- 1 : Le jour même de l'événement
- 2 : Entre 24 heures et 3 jours
- 3 : Entre 4 jours et 1 semaine
- 4 : Entre 1 semaine et 1 mois
- 5 : Entre 1 et 3 mois
- 6 : Entre 3 et 6 mois
- 7 : Entre 6 mois et un an
- 8 : Plus d'un an

Durée des troubles

- 0 : Pas concerné
- 1 : Immédiatement après l'événement
- 2 : Moins d'une semaine
- 3 : De 1 semaine à 1 mois
- 4 : De 1 à 3 mois
- 5 : De 3 à 6 mois
- 6 : De 6 mois à un an
- 7 : Plus d'un an
- 8 : Trouble toujours présent à ce jour

Troubles	Délai d'apparition	Durée
1 - L'impression de revivre l'événement, les souvenirs et les images de l'événement qui reviennent.		
2 - Les troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ou nuits blanches.		
3 - L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité.		
4 - La crainte de retourner sur les lieux de l'événement ou des lieux similaires.		
5 - L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle.		
6 - La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance.		
7 - Les réactions physiques telles que : sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc.		
8 - Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique.		
9 - L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.).		
10 - Les difficultés de concentration et/ou de mémoire.		
11 - Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide.		
12 - La tendance à s'isoler.		
13 - Les sentiments de culpabilité et/ou de honte.		

Résultats au TRAUMAQ

Fachiche 7

Cotation des échelles de la première partie

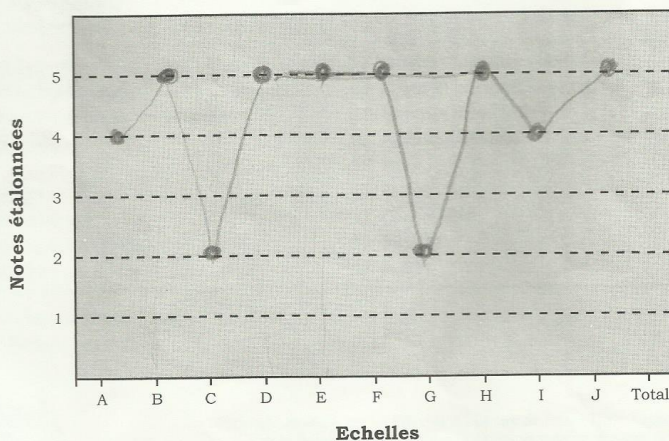
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

Pour l'échelle J, les réponses NON sont cotées 1 point et les réponses OUI sont cotées 0 point, à l'exception des items 4, 5, 6 et 11 pour lesquels la réponse OUI est cotée 1 point et la réponse NON est cotée 0 point.

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0-6	7-12	13-18	19-23	24
B	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1-4	5-7	8-9	10 et +
C	3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-3	4-9	10-13	14 et +
D	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1-4	5-9	10-13	14 et +
E	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0-1	2-4	5-9	10-14	15 et +
F	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1-3	4-6	7-9	10 et +
G	2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-2	3-5	6-7	8 et +
H	21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1-3	4-11	12-17	18 et +
I	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0-1	2-5	6-9	10-16	17 et +
J	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1	2-5	6-7	8 et +
Total	124	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0-23	24-54	55-89	90-114	115 et +

Profil



Test estime de soi – Cas de Fadhila

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

		1	2	3	4
1	-Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.			<input checked="" type="checkbox"/>	
2	-Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.		<input checked="" type="checkbox"/>		
3	-Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.			<input checked="" type="checkbox"/>	
4	-Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.			<input checked="" type="checkbox"/>	
5	-Je sens peu de raison d'être fier de moi.			<input checked="" type="checkbox"/>	
6	-J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.		<input checked="" type="checkbox"/>		
7	-Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.		<input checked="" type="checkbox"/>		
8	-J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.			<input checked="" type="checkbox"/>	
9	-Parfois, je me sens vraiment inutile.			<input checked="" type="checkbox"/>	
10	-Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			<input checked="" type="checkbox"/>	

- Les thèmes : 1, 2, 4, 6 et 7.

$$3 + 2 + 3 + 2 + 2 = 12$$

- Les thèmes : 3, 5, 8, 9 et 10.

$$2 + 2 + 2 + 2 + 2 = 10$$

$$12 + 10 = 22$$

Fadhila a obtenu un score de 22, c'est inférieur à 25, son estime de soi est donc très faible.

Annexe C – Test Traumaq et estime de soi Salam

SALAM
 Amm AHMAD
 سه

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme
 Carole Damiani
 Maria Pereira-Fradin

Passation individuelle

Collective

Victime directe de l'événement

Témoin

Nom : _____

Prénom : NASSRA

F M Age : 52

Date de passation : 15/8/2011

Lieu de passation : DAMAS

Informations concernant l'événement :

Événement individuel Collectif Nature* : Mon fils était en voyage

Lieu (domicile, voie publique, etc.) : _____

Date : 2006

Durée : une semaine

Blessures physiques : Non Oui Description : _____

Séquelles actuelles : _____

Avez-vous bénéficié de l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?

Non Oui

ITT¹ Non Oui Nombre de jours : _____ Arrêt de travail Non Oui Durée : _____

IPP² Non Oui Pourcentage : _____

*** Nature de l'événement**
 En fonction de la réponse recueillie, cocher une ou plusieurs cases ci-dessous :

<input type="checkbox"/> Catastrophe naturelle <input type="checkbox"/> Catastrophe technologique <input type="checkbox"/> Catastrophe aérienne, maritime ou ferroviaire <input type="checkbox"/> Accident de la voie publique <input type="checkbox"/> Attentat <input type="checkbox"/> Explosion de gaz <input checked="" type="checkbox"/> Accident domestique <input checked="" type="checkbox"/> Prise d'otage ou séquestration <input type="checkbox"/> Hold-up ou vol à main armée	<input type="checkbox"/> Coups et blessures volontaires <input type="checkbox"/> Coups et blessures involontaires <input type="checkbox"/> Tentative d'homicide <input type="checkbox"/> Agression sexuelle <input type="checkbox"/> Viol <input type="checkbox"/> Racket <input checked="" type="checkbox"/> Conflit armé <input type="checkbox"/> Tortures <input checked="" type="checkbox"/> Autres
--	---

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail
² IPP = Incapacité Permanente Partielle

ecpa Les Editions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

Copyright © 2006 par les Editions du Centre de Psychologie Appliquée
 25, rue de la Plaine – 75980 PARIS CEDEX 20. France. Tous droits réservés.

SAPAMZ

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

Situation familiale

Marié(e) ou en concubinage Divorcé(e) ou séparé(e) Célibataire Veuf/Veuve

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : 3 enfant

Situation professionnelle

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps temps partiel

Sans emploi : homme ou femme au foyer chômage congé parental
en stage formation congé maladie retraité(e)

Etat de santé

Avez-vous des problèmes de santé : Non Oui lesquels : _____

Suiviez-vous un traitement médical : Non Oui de quelle nature : _____

Avez-vous déjà consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Avez-vous suivi une psychothérapie : Non Oui sous quelle forme : _____
Date : _____ Durée : _____

Avez-vous vécu d'autres événements qui vous ont profondément marqué(e) :

Non Oui Nature : la répartition des morts, bombe tombée dans notre jardin
Date : 1980, Mai 2002

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

Avez-vous consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Suivi d'une psychothérapie : Non Oui Sous quelle forme : _____

Date de la première séance : _____

Nombre de consultations (à ce jour) : _____

Traitement médical : Non Oui Lequel : anti-dépresseur (ANFZAMIL)

Durée : depuis 2000 jusqu'à aujourd'hui

SAPAM 4

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

0 1 2 3
 |-----|-----|-----|
 nulle faible forte très forte

		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5	Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total D		6			

		0	1	2	3
E1	Vous sentez-vous plus vigilant(e), plus attentif(ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E2	Vous estimez-vous plus méfiant(e) qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E3	Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5	Vous sentez-vous plus agressif(ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total E		7			

		0	1	2	3
F1	Lorsque que vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4	Depuis l'événement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total F		2			

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2	Avez-vous plus de "trous de mémoire" qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total G		2			

SAFAM 5

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

0 1 2 3
 |-----|-----|-----|
 nulle faible forte très forte

		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Eprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total H					5

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total I					5

J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
Total J		6	5

J ① Point

DEUXIEME PARTIE

SAPAM 6

Vous venez de terminer le bilan de ce que vous vivez aujourd'hui. Or, depuis l'événement, il est possible qu'il y ait eu une évolution : certains troubles ont disparu alors que d'autres durent encore.

En utilisant les échelles ci-dessous, préciser le délai d'apparition des troubles décrits, ainsi que leur durée :

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

- 0 : Pas concerné
- 1 : Le jour même de l'événement
- 2 : Entre 24 heures et 3 jours
- 3 : Entre 4 jours et 1 semaine
- 4 : Entre 1 semaine et 1 mois
- 5 : Entre 1 et 3 mois
- 6 : Entre 3 et 6 mois
- 7 : Entre 6 mois et un an
- 8 : Plus d'un an

Durée des troubles

- 0 : Pas concerné
- 1 : Immédiatement après l'événement
- 2 : Moins d'une semaine
- 3 : De 1 semaine à 1 mois
- 4 : De 1 à 3 mois
- 5 : De 3 à 6 mois
- 6 : De 6 mois à un an
- 7 : Plus d'un an
- 8 : Trouble toujours présent à ce jour

Troubles	Délai d'apparition	Durée
1 - L'impression de revivre l'événement, les souvenirs et les images de l'événement qui reviennent.	5	7
2 - Les troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ou nuits blanches.	7	6
3 - L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité.	0	0
4 - La crainte de retourner sur les lieux de l'événement ou des lieux similaires.	8	8
5 - L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle.	0	0
6 - La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance.	1	2
7 - Les réactions physiques telles que : sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc.	2	1
8 - Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique.	1	2
9 - L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.).	0	0
10 - Les difficultés de concentration et/ou de mémoire.	0	0
11 - Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide.	2	1
12 - La tendance à s'isoler.	6	0
13 - Les sentiments de culpabilité et/ou de honte.		

Résultats au TRAUMAQ

SAPAM 7

Cotation des échelles de la première partie

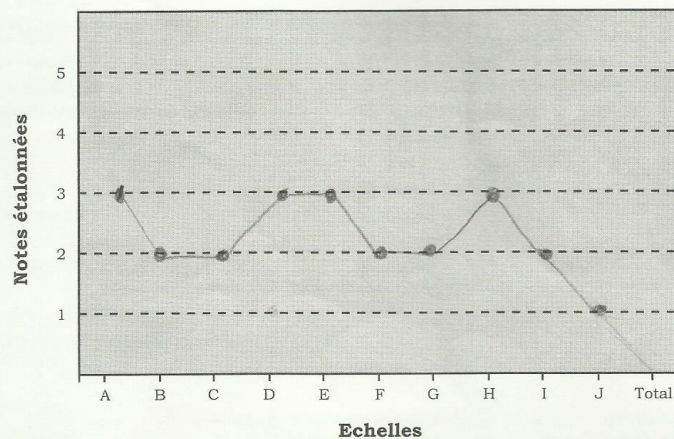
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

Pour l'échelle J, les réponses NON sont cotées 1 point et les réponses OUI sont cotées 0 point, à l'exception des items 4, 5, 6 et 11 pour lesquels la réponse OUI est cotée 1 point et la réponse NON est cotée 0 point.

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	18	<input type="checkbox"/> 0-6	<input type="checkbox"/> 7-12	<input checked="" type="checkbox"/> 13-18	<input type="checkbox"/> 19-23	<input type="checkbox"/> 24
B	2	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-7	<input type="checkbox"/> 8-9	<input type="checkbox"/> 10 et +
C	1	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-9	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
D	8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input checked="" type="checkbox"/> 5-9	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
E	7	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-4	<input checked="" type="checkbox"/> 5-9	<input type="checkbox"/> 10-14	<input type="checkbox"/> 15 et +
F	2	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> 10 et +
G	2	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
H	5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input checked="" type="checkbox"/> 4-11	<input type="checkbox"/> 12-17	<input type="checkbox"/> 18 et +
I	5	<input type="checkbox"/> 0-1	<input checked="" type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> 6-9	<input type="checkbox"/> 10-16	<input type="checkbox"/> 17 et +
J	1	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
Total	49	<input type="checkbox"/> 0-23	<input checked="" type="checkbox"/> 24-54	<input type="checkbox"/> 55-89	<input type="checkbox"/> 90-114	<input type="checkbox"/> 115 et +

Profil



Traumatisme
léger

Test estime de soi – Cas de Salam

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

		1	2	3	4
1	-Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.			X	
2	-Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			X	
3	-Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.		X		
4	-Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.				X
5	-Je sens peu de raison d'être fier de moi.			X	
6	-J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.			X	
7	-Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			X	
8	-J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.		X		
9	-Parfois, je me sens vraiment inutile.	X			
10	-Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.		X		

- Les thèmes : 1, 2, 4, 6 et 7.

$$3 + 3 + 4 + 3 + 3 = 16$$

- Les thèmes : 3, 5, 8, 9 et 10.

$$3 + 2 + 3 + 4 + 3 = 14$$

$$16 + 15 = 31$$

Salam a obtenu un score de 31, son estime de soi est donc dans la moyenne.

Annexe D – Test Traumaq et estime de soi Tiba

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

- Passation individuelle
- Collective
- Victime directe de l'événement
- Témoin

Nom : Tiba

Prénom : _____

F M Age : 60

Date de passation : 2008

Lieu de passation : DAMAS

Informations concernant l'événement :

Événement individuel Collectif Nature* : _____

Lieu (domicile, voie publique, etc.) : _____

Date : 2003

Durée : _____

Blessures physiques : Non Oui Description : _____

Séquelles actuelles : _____

Avez-vous bénéficié de l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?

Non Oui

ITT¹ Non Oui Nombre de jours : _____ Arrêt de travail Non Oui Durée : _____

IPP² Non Oui Pourcentage : _____

* Nature de l'événement

En fonction de la réponse recueillie, cocher une ou plusieurs cases ci-dessous :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Catastrophe naturelle | <input type="checkbox"/> Coups et blessures volontaires |
| <input type="checkbox"/> Catastrophe technologique | <input type="checkbox"/> Coups et blessures involontaires |
| <input type="checkbox"/> Catastrophe aérienne, maritime ou ferroviaire | <input type="checkbox"/> Tentative d'homicide |
| <input type="checkbox"/> Accident de la voie publique | <input type="checkbox"/> Agression sexuelle |
| <input type="checkbox"/> Attentat | <input type="checkbox"/> Viol |
| <input type="checkbox"/> Explosion de gaz | <input type="checkbox"/> Racket |
| <input type="checkbox"/> Accident domestique | <input type="checkbox"/> Conflit armé |
| <input checked="" type="checkbox"/> Prise d'otage ou séquestration | <input checked="" type="checkbox"/> Tortures |
| <input type="checkbox"/> Hold-up ou vol à main armée | <input checked="" type="checkbox"/> Autres |

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail

² IPP = Incapacité Permanente Partielle

Tibz

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

Situation familiale

Marié(e) ou en concubinage Divorcé(e) ou séparé(e) Célibataire Veuf/Veuve

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : _____

Situation professionnelle

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps temps partiel

Sans emploi : homme ou femme au foyer chômage congé parental
en stage formation congé maladie retraité(e)

Etat de santé

Avez-vous des problèmes de santé : Non Oui lesquels : _____

Suiviez-vous un traitement médical : Non Oui de quelle nature : _____

Avez-vous déjà consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Avez-vous suivi une psychothérapie : Non Oui sous quelle forme : _____

Date : _____ Durée : _____

Avez-vous vécu d'autres événements qui vous ont profondément marqué(e) :

Non Oui Nature : _____

Date : _____

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

Avez-vous consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Suivi d'une psychothérapie : Non Oui Sous quelle forme : _____

Date de la première séance : _____

Nombre de consultations (à ce jour) : _____

Traitement médical : Non Oui Lequel : _____

Durée : _____

PREMIERE PARTIE

Tiba 3

Vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite. Le temps de passation n'est pas limité.

Pour toutes les questions suivantes, utiliser l'échelle ci-dessous et cocher la case correspondante.

Intensité (ou fréquence) de la manifestation			
0	1	2	3
----- ----- -----			
nulle	faible	forte	très forte

Pendant l'événement

Nous allons aborder ce que vous avez ressenti **pendant** le déroulement de l'événement.

		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des sueées, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total A					22

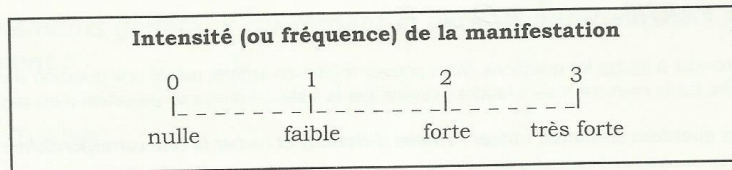
Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez **actuellement**.

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total B					10

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total C					13

Tib 4



		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D5	Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total D					14

		0	1	2	3
E1	Vous sentez-vous plus vigilant(e), plus attentif(ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E2	Vous estimez-vous plus méfiant(e) qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E3	Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E5	Vous sentez-vous plus agressif(ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total E					14

		0	1	2	3
F1	Lorsque que vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F4	Depuis l'événement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total F					12

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G2	Avez-vous plus de "trous de mémoire" qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total G					4

Tiba 5

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

0 1 2 3
 |-----|-----|-----|
 nulle faible forte très forte

		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Eprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total H					18

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total I					13

J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	oui	<input type="radio"/> non
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	oui	<input type="radio"/> non
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	oui	<input type="radio"/> non
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	oui	<input type="radio"/> non
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	oui	<input type="radio"/> non
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	oui	<input type="radio"/> non
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Total J		8	

DEUXIEME PARTIE

Tiba 6

Vous venez de terminer le bilan de ce que vous vivez aujourd'hui. Or, depuis l'événement, il est possible qu'il y ait eu une évolution : certains troubles ont disparu alors que d'autres durent encore.

En utilisant les échelles ci-dessous, préciser le délai d'apparition des troubles décrits, ainsi que leur durée :

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

- 0 : Pas concerné
- 1 : Le jour même de l'événement
- 2 : Entre 24 heures et 3 jours
- 3 : Entre 4 jours et 1 semaine
- 4 : Entre 1 semaine et 1 mois
- 5 : Entre 1 et 3 mois
- 6 : Entre 3 et 6 mois
- 7 : Entre 6 mois et un an
- 8 : Plus d'un an

Durée des troubles

- 0 : Pas concerné
- 1 : Immédiatement après l'événement
- 2 : Moins d'une semaine
- 3 : De 1 semaine à 1 mois
- 4 : De 1 à 3 mois
- 5 : De 3 à 6 mois
- 6 : De 6 mois à un an
- 7 : Plus d'un an
- 8 : Trouble toujours présent à ce jour

Troubles	Délai d'apparition	Durée
1 - L'impression de revivre l'événement, les souvenirs et les images de l'événement qui reviennent.		
2 - Les troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ou nuits blanches.		
3 - L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité.		
4 - La crainte de retourner sur les lieux de l'événement ou des lieux similaires.		
5 - L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle.		
6 - La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance.		
7 - Les réactions physiques telles que : sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc.		
8 - Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique.		
9 - L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.).		
10 - Les difficultés de concentration et/ou de mémoire.		
11 - Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide.		
12 - La tendance à s'isoler.		
13 - Les sentiments de culpabilité et/ou de honte.		

Résultats au TRAUMAQ

Tiba7

Cotation des échelles de la première partie

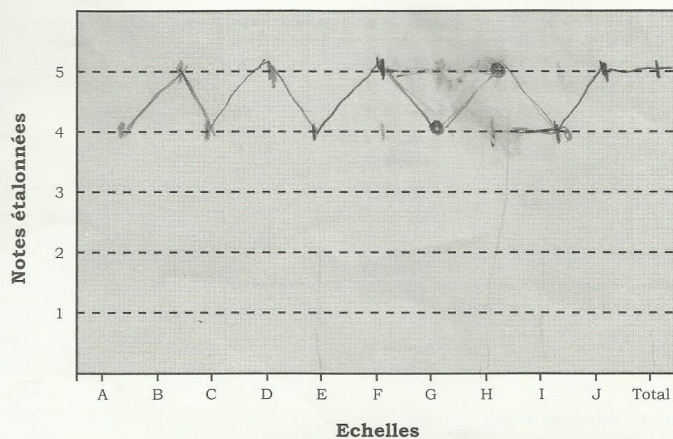
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

Pour l'échelle J, les réponses NON sont cotées 1 point et les réponses OUI sont cotées 0 point, à l'exception des items 4, 5, 6 et 11 pour lesquels la réponse OUI est cotée 1 point et la réponse NON est cotée 0 point.

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0-6	7-12	13-18	19-23	24
B	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1-4	5-7	8-9	10 et +
C	13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0	1-3	4-9	10-13	14 et +
D	14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1-4	5-9	10-13	14 et +
E	14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0-1	2-4	5-9	10-14	15 et +
F	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1-3	4-6	7-9	10 et +
G	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1-2	3-5	6-7	8 et +
H	18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1-3	4-11	12-17	18 et +
I	13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		0-1	2-5	6-9	10-16	17 et +
J	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0	1	2-5	6-7	8 et +
Total	127	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		0-23	24-54	55-89	90-114	115 et +

Profil



Traumatisme
Très fort

Test estime de soi – Cas de Tiba

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

		1	2	3	4
1	-Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.			X	
2	-Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			X	
3	-Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.			X	
4	-Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.			X	
5	-Je sens peu de raison d'être fier de moi.	X			
6	-J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.			X	
7	-Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.	X			
8	-J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.		X		
9	-Parfois, je me sens vraiment inutile.			X	
10	-Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			X	

- Les thèmes : 1, 2, 4, 6 et 7.

$$3 + 3 + 3 + 3 + 1 = 13$$

- Les thèmes : 3, 5, 8, 9 et 10.

$$2 + 4 + 3 + 2 + 2 = 13$$

$$13 + 13 = 26$$

Tiba a obtenu un score de 26, son estime de soi est donc faible.

Annexe E – Test Traumaq et estime de soi Bakkia

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

Passation individuelle

Collective

Victime directe de l'événement

Témoin

Nom : BAKKIA

Prénom : _____

F M Age : _____

Date de passation : 2018/2010

Lieu de passation : Centre

Informations concernant l'événement :

Événement individuel Collectif Nature* : _____

Lieu (domicile, voie publique, etc.) : _____

Date : 2003

Durée : _____

Blessures physiques : Non Oui Description : _____

Séquelles actuelles : _____

Avez-vous bénéficié de l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?

Non Oui

ITT¹ Non Oui Nombre de jours : _____ Arrêt de travail Non Oui Durée : _____

IPP² Non Oui Pourcentage : _____

*** Nature de l'événement**

En fonction de la réponse recueillie, cocher une ou plusieurs cases ci-dessous :

<input type="checkbox"/> Catastrophe naturelle <input type="checkbox"/> Catastrophe technologique <input type="checkbox"/> Catastrophe aérienne, maritime ou ferroviaire <input type="checkbox"/> Accident de la voie publique <input type="checkbox"/> Attentat <input type="checkbox"/> Explosion de gaz <input type="checkbox"/> Accident domestique <input type="checkbox"/> Prise d'otage ou séquestration <input type="checkbox"/> Hold-up ou vol à main armée	<input type="checkbox"/> Coups et blessures volontaires <input type="checkbox"/> Coups et blessures involontaires <input type="checkbox"/> Tentative d'homicide <input type="checkbox"/> Agression sexuelle <input type="checkbox"/> Viol <input type="checkbox"/> Racket <input checked="" type="checkbox"/> Conflit armé <input type="checkbox"/> Tortures <input checked="" type="checkbox"/> Autres
--	---

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail

² IPP = Incapacité Permanente Partielle

ecpa Les Editions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

Copyright © 2006 par les Editions du Centre de Psychologie Appliquée
25, rue de la Plaine – 75980 PARIS CEDEX 20. France. Tous droits réservés.

Renseignements généraux concernant la période antérieure à BAKK 2 l'événement :

Situation familiale

Marié(e) ou en concubinage Divorcé(e) ou séparé(e) Célibataire Veuf/Veuve

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : _____

Situation professionnelle

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps temps partiel

Sans emploi : homme ou femme au foyer chômage congé parental
en stage formation congé maladie retraité(e)

Etat de santé

Aviez-vous des problèmes de santé : Non Oui lesquels : Problème au ^{Coeur} Colonne

Suiviez-vous un traitement médical : Non Oui de quelle nature : _____

Avez-vous déjà consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Avez-vous suivi une psychothérapie : Non Oui sous quelle forme : _____
Date : _____ Durée : _____

Avez-vous vécu d'autres événements qui vous ont profondément marqué(e) : quand on a perdu sa petite fille
Non Oui Nature : la guerre civile, la mort de mon enfant
Date : _____

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

Avez-vous consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Suivi d'une psychothérapie : Non Oui Sous quelle forme : _____

Date de la première séance : _____

Nombre de consultations (à ce jour) : _____

Traitement médical : Non Oui Lequel : _____

Durée : _____

PREMIERE PARTIE

Bakkiab

Vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite. Le temps de passation n'est pas limité.

Pour toutes les questions suivantes, utiliser l'échelle ci-dessous et cocher la case correspondante.

Intensité (ou fréquence) de la manifestation			
0	1	2	3
----- ----- -----	----- ----- -----	----- ----- -----	----- ----- -----
nulle	faible	forte	très forte

Pendant l'événement

Nous allons aborder ce que vous avez ressenti **pendant** le déroulement de l'événement.

		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des suees, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total A					20

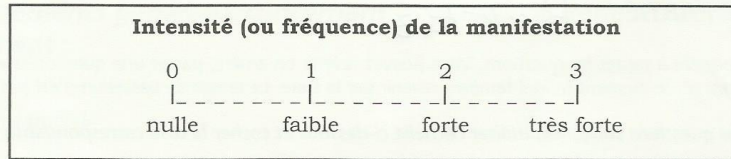
Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez **actuellement**.

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total B					8

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total C					13

BAKKIA 4



		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D5	Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total D		15			

		0	1	2	3
E1	Vous sentez-vous plus vigilant(e), plus attentif(ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E2	Vous estimez-vous plus méfiant(e) qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3	Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5	Vous sentez-vous plus agressif(ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total E		11			

		0	1	2	3
F1	Lorsque que vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F4	Depuis l'événement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total F		10			

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G2	Avez-vous plus de "trous de mémoire" qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total G		5			

BAKKIAS

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

0 1 2 3
 |-----|-----|-----|
 nulle faible forte très forte

		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H6	Eprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total H					20

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total I					12

		oui	non
J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total J			7

DEUXIEME PARTIE

BAKKIAS

Vous venez de terminer le bilan de ce que vous vivez aujourd'hui. Or, depuis l'événement, il est possible qu'il y ait eu une évolution : certains troubles ont disparu alors que d'autres durent encore.

En utilisant les échelles ci-dessous, préciser le délai d'apparition des troubles décrits, ainsi que leur durée :

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

- 0 : Pas concerné
- 1 : Le jour même de l'événement
- 2 : Entre 24 heures et 3 jours
- 3 : Entre 4 jours et 1 semaine
- 4 : Entre 1 semaine et 1 mois
- 5 : Entre 1 et 3 mois
- 6 : Entre 3 et 6 mois
- 7 : Entre 6 mois et un an
- 8 : Plus d'un an

Durée des troubles

- 0 : Pas concerné
- 1 : Immédiatement après l'événement
- 2 : Moins d'une semaine
- 3 : De 1 semaine à 1 mois
- 4 : De 1 à 3 mois
- 5 : De 3 à 6 mois
- 6 : De 6 mois à un an
- 7 : Plus d'un an
- 8 : Trouble toujours présent à ce jour

Troubles	Délai d'apparition	Durée
1 - L'impression de revivre l'événement, les souvenirs et les images de l'événement qui reviennent.		
2 - Les troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ou nuits blanches.		
3 - L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité.		
4 - La crainte de retourner sur les lieux de l'événement ou des lieux similaires.		
5 - L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle.		
6 - La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance.		
7 - Les réactions physiques telles que : sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc.		
8 - Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique.		
9 - L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.).		
10 - Les difficultés de concentration et/ou de mémoire.		
11 - Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide.		
12 - La tendance à s'isoler.		
13 - Les sentiments de culpabilité et/ou de honte.		

Résultats au TRAUMAQ *BAKKIAZ*

Cotation des échelles de la première partie

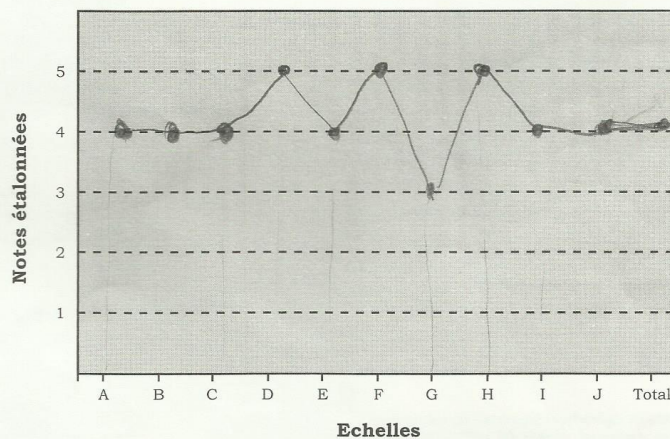
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

Pour l'échelle J, les réponses NON sont cotées 1 point et les réponses OUI sont cotées 0 point, à l'exception des items 4, 5, 6 et 11 pour lesquels la réponse OUI est cotée 1 point et la réponse NON est cotée 0 point.

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	20	<input type="checkbox"/> 0-6	<input type="checkbox"/> 7-12	<input type="checkbox"/> 13-18	<input checked="" type="checkbox"/> 19-23	<input type="checkbox"/> 24
B	8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-7	<input checked="" type="checkbox"/> 8-9	<input type="checkbox"/> 10 et +
C	13	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
D	15	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-9	<input type="checkbox"/> 10-13	<input checked="" type="checkbox"/> 14 et +
E	11	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-4	<input type="checkbox"/> 5-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10-14	<input type="checkbox"/> 15 et +
F	10	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10 et +
G	5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-2	<input checked="" type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
H	20	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-11	<input type="checkbox"/> 12-17	<input checked="" type="checkbox"/> 18 et +
I	12	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> 6-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10-16	<input type="checkbox"/> 17 et +
J	7	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input checked="" type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
Total	121	<input type="checkbox"/> 0-23	<input type="checkbox"/> 24-54	<input type="checkbox"/> 55-89	<input type="checkbox"/> 90-114	<input checked="" type="checkbox"/> 115 et +

Profil



Test estime de soi – Cas de Bakkia

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

		1	2	3	4
1	-Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.			X	
2	-Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			X	
3	-Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.				X
4	-Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.		X		
5	-Je sens peu de raison d'être fier de moi.			X	
6	-J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.		X		
7	-Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.		X		
8	-J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.		X		
9	-Parfois, je me sens vraiment inutile.			X	
10	-Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			X	

- Les thèmes : 1, 2, 4, 6 et 7.

$$3 + 3 + 2 + 2 + 2 = 12$$

- Les thèmes : 3, 5, 8, 9 et 10.

$$1 + 2 + 3 + 2 + 2 = 10$$

$$12 + 10 = 22$$

Bakkia a obtenu un score de 22, son estime de soi est donc très faible.

Annexe F – Test Traumaq et estime de soi Karima

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

- Passation individuelle
- Collective
- Victime directe de l'événement
- Témoin

Nom : Acim Audoy - KARIMA L'10
205

Prénom : _____

F M Age : 46

Date de passation : 8/2010

Lieu de passation : _____

Informations concernant l'événement :

Événement individuel Collectif Nature* : _____

Lieu (domicile, voie publique, etc.) : mosquée, domicile

Date : 2003, 2006

Durée : _____

Blessures physiques : Non Oui Description : _____

Séquelles actuelles : _____

Avez-vous bénéficié de l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?

Non Oui

ITT¹ Non Oui Nombre de jours : _____ Arrêt de travail Non Oui Durée : _____

IPP² Non Oui Pourcentage : _____

* Nature de l'événement

En fonction de la réponse recueillie, cocher une ou plusieurs cases ci-dessous :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Catastrophe naturelle | <input type="checkbox"/> Coups et blessures volontaires |
| <input type="checkbox"/> Catastrophe technologique | <input type="checkbox"/> Coups et blessures involontaires |
| <input type="checkbox"/> Catastrophe aérienne, maritime ou ferroviaire | <input type="checkbox"/> Tentative d'homicide |
| <input type="checkbox"/> Accident de la voie publique | <input type="checkbox"/> Agression sexuelle |
| <input checked="" type="checkbox"/> Attentat | <input type="checkbox"/> Viol |
| <input type="checkbox"/> Explosion de gaz | <input type="checkbox"/> Racket |
| <input type="checkbox"/> Accident domestique | <input type="checkbox"/> Conflit armé |
| <input type="checkbox"/> Prise d'otage ou séquestration | <input type="checkbox"/> Tortures |
| <input type="checkbox"/> Hold-up ou vol à main armée | <input checked="" type="checkbox"/> Autres |

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail

² IPP = Incapacité Permanente Partielle

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

Situation familiale

Marié(e) ou en concubinage Divorcé(e) ou séparé(e) Célibataire Veuf/Veuve

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : 2 enfants 22, 25

Situation professionnelle

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps temps partiel

Sans emploi : homme ou femme au foyer chômage congé parental
en stage formation congé maladie retraité(e)

Etat de santé

Aviez-vous des problèmes de santé : Non Oui lesquels : séparation - Citoy

Suiviez-vous un traitement médical : Non Oui de quelle nature : _____

Avez-vous déjà consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Avez-vous suivi une psychothérapie : Non Oui sous quelle forme : _____
Date : _____ Durée : _____

Avez-vous vécu d'autres événements qui vous ont profondément marqué(e) :

Non Oui Nature : Période de mesquin, Pénurie des amies
Date : 2003 chez elle

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

Avez-vous consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Suivi d'une psychothérapie : Non Oui Sous quelle forme : _____

Date de la première séance : _____

Nombre de consultations (à ce jour) : _____

Traitement médical : Non Oui Lequel : _____

Durée : _____

PREMIERE PARTIE

Vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite. Le temps de passation n'est pas limité.

Pour toutes les questions suivantes, utiliser l'échelle ci-dessous et cocher la case correspondante.

Intensité (ou fréquence) de la manifestation			
0	1	2	3
----- ----- -----	----- ----- -----	----- ----- -----	----- ----- -----
nulle	faible	forte	très forte

Pendant l'événement

Nous allons aborder ce que vous avez ressenti **pendant** le déroulement de l'événement.

		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des suees, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total A					10

Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez **actuellement**.

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total B					7

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total C					5

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

0 1 2 3
 |-----|-----|-----|
 nulle faible forte très forte

		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5	Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total D					7

		0	1	2	3
E1	Vous sentez-vous plus vigilant(e), plus attentif(ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2	Vous estimez-vous plus méfiant(e) qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3	Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5	Vous sentez-vous plus agressif(ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total E					6

		0	1	2	3
F1	Lorsque que vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4	Depuis l'événement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total F					6

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G2	Avez-vous plus de "trous de mémoire" qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total G					6

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

0 1 2 3
 |-----|-----|-----|
 nulle faible forte très forte

		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Eprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total H					11

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total I					4

J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	oui	<input type="radio"/> non
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	oui	<input type="radio"/> non
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	<input type="radio"/> oui	non
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	oui	<input type="radio"/> non
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	oui	<input type="radio"/> non
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	oui	non
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	oui	<input type="radio"/> non
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	<input type="radio"/> oui	non
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	oui	<input type="radio"/> non
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	oui	<input type="radio"/> non
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	<input type="radio"/> oui	non
Total J			6

DEUXIEME PARTIE

Vous venez de terminer le bilan de ce que vous vivez aujourd'hui. Or, depuis l'événement, il est possible qu'il y ait eu une évolution : certains troubles ont disparu alors que d'autres durent encore.

En utilisant les échelles ci-dessous, préciser le délai d'apparition des troubles décrits, ainsi que leur durée :

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

- 0 : Pas concerné
- 1 : Le jour même de l'événement
- 2 : Entre 24 heures et 3 jours
- 3 : Entre 4 jours et 1 semaine
- 4 : Entre 1 semaine et 1 mois
- 5 : Entre 1 et 3 mois
- 6 : Entre 3 et 6 mois
- 7 : Entre 6 mois et un an
- 8 : Plus d'un an

Durée des troubles

- 0 : Pas concerné
- 1 : Immédiatement après l'événement
- 2 : Moins d'une semaine
- 3 : De 1 semaine à 1 mois
- 4 : De 1 à 3 mois
- 5 : De 3 à 6 mois
- 6 : De 6 mois à un an
- 7 : Plus d'un an
- 8 : Trouble toujours présent à ce jour

Troubles	Délai d'apparition	Durée
1 - L'impression de revivre l'événement, les souvenirs et les images de l'événement qui reviennent.		
2 - Les troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ou nuits blanches.		
3 - L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité.		
4 - La crainte de retourner sur les lieux de l'événement ou des lieux similaires.		
5 - L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle.		
6 - La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance.		
7 - Les réactions physiques telles que : sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc.		
8 - Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique.		
9 - L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.).		
10 - Les difficultés de concentration et/ou de mémoire.		
11 - Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide.		
12 - La tendance à s'isoler.	0	
13 - Les sentiments de culpabilité et/ou de honte.	0	

Résultats au TRAUMAQ

Cotation des échelles de la première partie

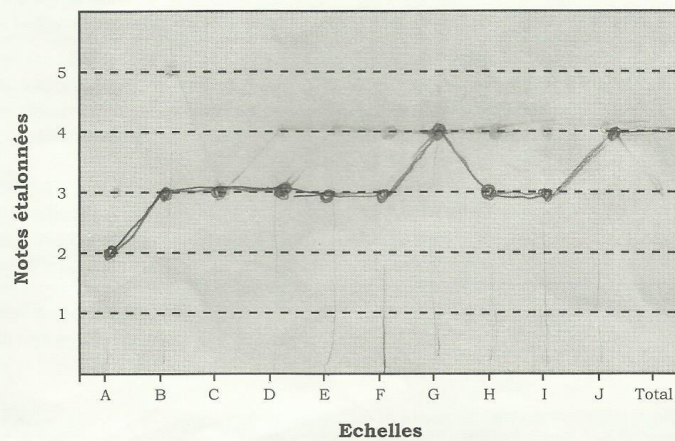
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

Pour l'échelle J, les réponses NON sont cotées 1 point et les réponses OUI sont cotées 0 point, à l'exception des items 4, 5, 6 et 11 pour lesquels la réponse OUI est cotée 1 point et la réponse NON est cotée 0 point.

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	10	<input type="checkbox"/> 0-6	<input checked="" type="checkbox"/> 7-12	<input type="checkbox"/> 13-18	<input type="checkbox"/> 19-23	<input type="checkbox"/> 24
B	7	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input checked="" type="checkbox"/> 5-7	<input type="checkbox"/> 8-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10 et +
C	5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input checked="" type="checkbox"/> 4-9	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
D	7	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input checked="" type="checkbox"/> 5-9	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
E	6	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-4	<input checked="" type="checkbox"/> 5-9	<input type="checkbox"/> 10-14	<input type="checkbox"/> 15 et +
F	8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input checked="" type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> 10 et +
G	6	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-5	<input checked="" type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
H	11	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input checked="" type="checkbox"/> 4-11	<input type="checkbox"/> 12-17	<input type="checkbox"/> 18 et +
I	9	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input checked="" type="checkbox"/> 6-9	<input type="checkbox"/> 10-16	<input type="checkbox"/> 17 et +
J	6	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input checked="" type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
Total	73	<input type="checkbox"/> 0-23	<input type="checkbox"/> 24-54	<input checked="" type="checkbox"/> 55-89	<input type="checkbox"/> 90-114	<input type="checkbox"/> 115 et +

Profil



Traumatisme
moyen

Test estime de soi – Cas de Karima

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

		1	2	3	4
1	-Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.			X	
2	-Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			X	
3	-Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.		X		
4	-Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.			X	
5	-Je sens peu de raison d'être fier de moi.	X			
6	-J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.				X
7	-Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.		X		
8	-J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	X			
9	-Parfois, je me sens vraiment inutile.		X		
10	-Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.		X		

- Les thèmes : 1, 2, 4, 6 et 7.

$$3+3+3+4+2 = 15$$

- Les thèmes : 3, 5, 8, 9 et 10.

$$3+4+4+3+3 = 17$$

$$15 + 17 = 32$$

Karima a obtenu un score de 32, son estime de soi est donc moyenne.

Annexe G – Test Traumaq et estime de soi Aicha

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

- Passation individuelle
- Collective
- Victime directe de l'événement
- Témoin

Nom : Aicha Ben

Prénom : _____

F M Age : _____

Date de passation : _____

Lieu de passation : _____

Informations concernant l'événement :

Événement individuel Collectif Nature* : _____

Lieu (domicile, voie publique, etc.) : _____

Date : 2006

Durée : _____

Blessures physiques : Non Oui Description : _____

Séquelles actuelles : _____

Avez-vous bénéficié de l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?

Non Oui

ITT¹ Non Oui Nombre de jours : _____ Arrêt de travail Non Oui Durée : _____

IPP² Non Oui Pourcentage : _____

* Nature de l'événement

En fonction de la réponse recueillie, cocher une ou plusieurs cases ci-dessous :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Catastrophe naturelle | <input checked="" type="checkbox"/> Coups et blessures volontaires |
| <input type="checkbox"/> Catastrophe technologique | <input type="checkbox"/> Coups et blessures involontaires |
| <input type="checkbox"/> Catastrophe aérienne, maritime ou ferroviaire | <input type="checkbox"/> Tentative d'homicide |
| <input type="checkbox"/> Accident de la voie publique | <input type="checkbox"/> Agression sexuelle |
| <input type="checkbox"/> Attentat | <input type="checkbox"/> Viol |
| <input checked="" type="checkbox"/> Explosion de gaz | <input type="checkbox"/> Racket |
| <input type="checkbox"/> Accident domestique | <input checked="" type="checkbox"/> Conflit armé |
| <input checked="" type="checkbox"/> Prise d'otage ou séquestration | <input type="checkbox"/> Tortures |
| <input type="checkbox"/> Hold-up ou vol à main armée | <input checked="" type="checkbox"/> Autres |

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail

² IPP = Incapacité Permanente Partielle

Akha Z

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

Situation familiale

Marié(e) ou en concubinage Divorcé(e) ou séparé(e) Célibataire Veuf/Veuve

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : 3 enfants, 1 mort reste 2

Situation professionnelle

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps temps partiel

Sans emploi : homme ou femme au foyer chômage congé parental
en stage formation congé maladie retraité(e)

Etat de santé

Aviez-vous des problèmes de santé : Non Oui lesquels : _____

Suiviez-vous un traitement médical : Non Oui de quelle nature : _____

Avez-vous déjà consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Avez-vous suivi une psychothérapie : Non Oui sous quelle forme : _____

Date : _____ Durée : _____

Avez-vous vécu d'autres événements qui vous ont profondément marqué(e) :

Non Oui

Nature : guerre civile, l'enlèvement de

Date : son 2 fils, le mort de son mari

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

Avez-vous consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Suivi d'une psychothérapie : Non Oui Sous quelle forme : _____

Date de la première séance : _____

Nombre de consultations (à ce jour) : _____

Traitement médical : Non Oui Lequel : _____

Durée : _____

PREMIERE PARTIE

Aicha 3

Vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite. Le temps de passation n'est pas limité.

Pour toutes les questions suivantes, utiliser l'échelle ci-dessous et cocher la case correspondante.

Intensité (ou fréquence) de la manifestation			
0	1	2	3
----- ----- -----	----- ----- -----	----- ----- -----	----- ----- -----
nulle	faible	forte	très forte

Pendant l'événement

Nous allons aborder ce que vous avez ressenti **pendant** le déroulement de l'événement.

		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des suées, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total A					22

Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez **actuellement**.

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total B					10

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total C					12

Aicha 4

Intensité (ou fréquence) de la manifestation			
0	1	2	3
----- ----- -----			
_____	_____	_____	_____
nulle	faible	forte	très forte

		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D5	Evitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total D					14

		0	1	2	3
E1	Vous sentez-vous plus vigilant(e), plus attentif(ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E2	Vous estimez-vous plus méfiant(e) qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3	Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5	Vous sentez-vous plus agressif(ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total E					9

		0	1	2	3
F1	Lorsque que vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F4	Depuis l'événement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total F					10

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G2	Avez-vous plus de "trous de mémoire" qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total G					5

Aicha 5

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

0 1 2 3
 |-----|-----|-----|
 nulle faible forte très forte

		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Eprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total H					18

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total I					14

		oui	non
J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total J			8

DEUXIEME PARTIE

Aicha G

Vous venez de terminer le bilan de ce que vous vivez aujourd'hui. Or, depuis l'événement, il est possible qu'il y ait eu une évolution : certains troubles ont disparu alors que d'autres durent encore.

En utilisant les échelles ci-dessous, préciser le délai d'apparition des troubles décrits, ainsi que leur durée :

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

- 0 : Pas concerné
- 1 : Le jour même de l'événement
- 2 : Entre 24 heures et 3 jours
- 3 : Entre 4 jours et 1 semaine
- 4 : Entre 1 semaine et 1 mois
- 5 : Entre 1 et 3 mois
- 6 : Entre 3 et 6 mois
- 7 : Entre 6 mois et un an
- 8 : Plus d'un an

Durée des troubles

- 0 : Pas concerné
- 1 : Immédiatement après l'événement
- 2 : Moins d'une semaine
- 3 : De 1 semaine à 1 mois
- 4 : De 1 à 3 mois
- 5 : De 3 à 6 mois
- 6 : De 6 mois à un an
- 7 : Plus d'un an
- 8 : Trouble toujours présent à ce jour

Troubles	Délai d'apparition	Durée
1 - L'impression de revivre l'événement, les souvenirs et les images de l'événement qui reviennent.		
2 - Les troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ou nuits blanches.		
3 - L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité.		
4 - La crainte de retourner sur les lieux de l'événement ou des lieux similaires.		
5 - L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle.		
6 - La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance.		
7 - Les réactions physiques telles que : sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc.		
8 - Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique.		
9 - L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.).		
10 - Les difficultés de concentration et/ou de mémoire.		
11 - Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide.		
12 - La tendance à s'isoler.		
13 - Les sentiments de culpabilité et/ou de honte.		

Résultats au TRAUMAQ

Aicha 7

Cotation des échelles de la première partie

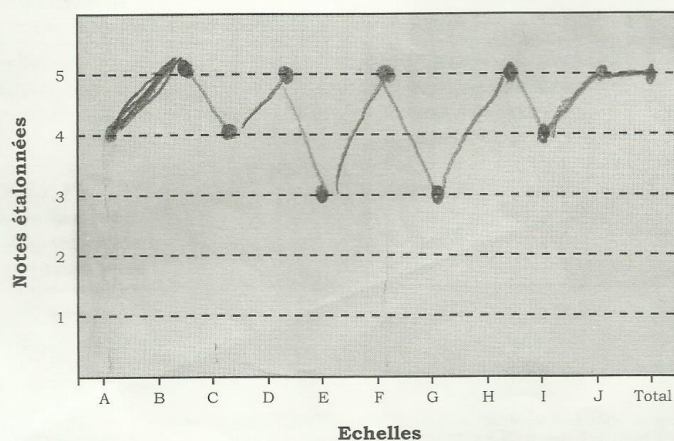
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

Pour l'échelle J, les réponses NON sont cotées 1 point et les réponses OUI sont cotées 0 point, à l'exception des items 4, 5, 6 et 11 pour lesquels la réponse OUI est cotée 1 point et la réponse NON est cotée 0 point.

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	22	<input type="checkbox"/> 0-6	<input type="checkbox"/> 7-12	<input type="checkbox"/> 13-18	<input checked="" type="checkbox"/> 19-23	<input type="checkbox"/> 24
B	10	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-7	<input type="checkbox"/> 8-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10 et +
C	12	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
D	14	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-9	<input type="checkbox"/> 10-13	<input checked="" type="checkbox"/> 14 et +
E	9	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-4	<input checked="" type="checkbox"/> 5-9	<input type="checkbox"/> 10-14	<input type="checkbox"/> 15 et +
F	10	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10 et +
G	5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-2	<input checked="" type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
H	18	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-11	<input type="checkbox"/> 12-17	<input checked="" type="checkbox"/> 18 et +
I	14	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> 6-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10-16	<input type="checkbox"/> 17 et +
J	8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> 6-7	<input checked="" type="checkbox"/> 8 et +
Total	122	<input type="checkbox"/> 0-23	<input type="checkbox"/> 24-54	<input type="checkbox"/> 55-89	<input type="checkbox"/> 90-114	<input checked="" type="checkbox"/> 115 et +

Profil



Traumatisme
Très fort

Test estime de soi – Cas de Aicha

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

		1	2	3	4
1	-Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.			<input checked="" type="checkbox"/>	
2	-Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			<input checked="" type="checkbox"/>	
3	-Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.				<input checked="" type="checkbox"/>
4	-Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.		<input checked="" type="checkbox"/>		
5	-Je sens peu de raison d'être fier de moi.		<input checked="" type="checkbox"/>		
6	-J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.			<input checked="" type="checkbox"/>	
7	-Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.		<input checked="" type="checkbox"/>		
8	-J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	<input checked="" type="checkbox"/>			
9	-Parfois, je me sens vraiment inutile.			<input checked="" type="checkbox"/>	
10	-Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			<input checked="" type="checkbox"/>	

- **Les thèmes : 1, 2, 4, 6 et 7.**

$$3 + 3 + 2 + 3 + 2 = 13$$

- **Les thèmes : 3, 5, 8, 9 et 10.**

$$1 + 3 + 4 + 2 + 2 = 12$$

$$13 + 12 = 25$$

Aicha a obtenu un score de 25, son estime de soi est donc faible.

Annexe H – Test Traumaq et estime de soi Amal

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

- Passation individuelle
- Collective
- Victime directe de l'événement
- Témoïn

Nom : _____
 Prénom : Amel
 F M Age : 33
 Date de passation : 8/2012
 Lieu de passation : DAMAS

Informations concernant l'événement :

Événement individuel Collectif Nature* : _____
 Lieu (domicile, voie publique, etc.) : _____
 Date : 18/12/2010
 Durée : _____
 Blessures physiques : Non Oui Description : _____
 Séquelles actuelles : cratère à la main
 Avez-vous bénéficié de l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?
 Non Oui
 ITT¹ Non Oui Nombre de jours : _____ Arrêt de travail Non Oui Durée : _____
 IPP² Non Oui Pourcentage : _____

* Nature de l'événement

En fonction de la réponse recueillie, cocher une ou plusieurs cases ci-dessous :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Catastrophe naturelle | <input checked="" type="checkbox"/> Coups et blessures volontaires |
| <input type="checkbox"/> Catastrophe technologique | <input type="checkbox"/> Coups et blessures involontaires |
| <input type="checkbox"/> Catastrophe aérienne, maritime ou ferroviaire | <input checked="" type="checkbox"/> Tentative d'homicide |
| <input type="checkbox"/> Accident de la voie publique | <input type="checkbox"/> Agression sexuelle |
| <input type="checkbox"/> Attentat | <input type="checkbox"/> Viol |
| <input type="checkbox"/> Explosion de gaz | <input type="checkbox"/> Racket |
| <input type="checkbox"/> Accident domestique | <input type="checkbox"/> Conflit armé |
| <input type="checkbox"/> Prise d'otage ou séquestration | <input checked="" type="checkbox"/> Tortures |
| <input type="checkbox"/> Hold-up ou vol à main armée | <input checked="" type="checkbox"/> Autres |

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail

² IPP = Incapacité Permanente Partielle

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

Amal z

Situation familiale

Marié(e) ou en concubinage Divorcé(e) ou séparé(e) Célibataire Veuf/Veuve

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : 3 garçons / 15 / 10 et 8 ans

Situation professionnelle

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps temps partiel

Sans emploi : homme ou femme au foyer chômage congé parental
en stage formation congé maladie retraité(e)

Etat de santé

Aviez-vous des problèmes de santé : Non Oui lesquels : migraine

Suiviez-vous un traitement médical : Non Oui de quelle nature : _____

Avez-vous déjà consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Avez-vous suivi une psychothérapie : Non Oui sous quelle forme : _____

Date : _____ Durée : _____

Avez-vous vécu d'autres événements qui vous ont profondément marqué(e) :

Non Oui Nature : bombe, ses enfants blessés
Date : _____

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

Avez-vous consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Suivi d'une psychothérapie : Non Oui Sous quelle forme : _____

Date de la première séance : _____

Nombre de consultations (à ce jour) : _____

Traitement médical : Non Oui Lequel : _____

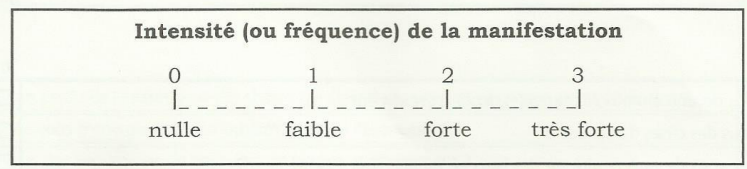
Durée : _____

Annal 3

PREMIERE PARTIE

Vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite. Le temps de passation n'est pas limité.

Pour toutes les questions suivantes, utiliser l'échelle ci-dessous et cocher la case correspondante.



Pendant l'événement

Nous allons aborder ce que vous avez ressenti **pendant** le déroulement de l'événement.

		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des sueées, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total A		21			

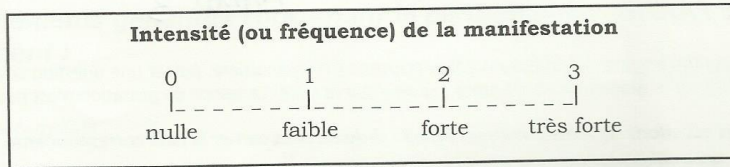
Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez **actuellement**.

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total B		7			

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total C		12			

Annal 4



		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5	Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total D		11			

		0	1	2	3
E1	Vous sentez-vous plus vigilant(e), plus attentif(ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E2	Vous estimez-vous plus méfiant(e) qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3	Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5	Vous sentez-vous plus agressif(ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total E		4			

		0	1	2	3
F1	Lorsque que vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4	Depuis l'événement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total F		4			

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G2	Avez-vous plus de "trous de mémoire" qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total G		6			

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

0 1 2 3
 |-----|-----|-----|
 nulle faible forte très forte

Amal 5

		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Eprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total H					7

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total I					14

J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
Total J		8	

DEUXIEME PARTIE

Amal 6

Vous venez de terminer le bilan de ce que vous vivez aujourd'hui. Or, depuis l'événement, il est possible qu'il y ait eu une évolution : certains troubles ont disparu alors que d'autres durent encore.

En utilisant les échelles ci-dessous, préciser le délai d'apparition des troubles décrits, ainsi que leur durée :

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

- 0 : Pas concerné
- 1 : Le jour même de l'événement
- 2 : Entre 24 heures et 3 jours
- 3 : Entre 4 jours et 1 semaine
- 4 : Entre 1 semaine et 1 mois
- 5 : Entre 1 et 3 mois
- 6 : Entre 3 et 6 mois
- 7 : Entre 6 mois et un an
- 8 : Plus d'un an

Durée des troubles

- 0 : Pas concerné
- 1 : Immédiatement après l'événement
- 2 : Moins d'une semaine
- 3 : De 1 semaine à 1 mois
- 4 : De 1 à 3 mois
- 5 : De 3 à 6 mois
- 6 : De 6 mois à un an
- 7 : Plus d'un an
- 8 : Trouble toujours présent à ce jour

Troubles	Délai d'apparition	Durée
1 - L'impression de revivre l'événement, les souvenirs et les images de l'événement qui reviennent.		
2 - Les troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ou nuits blanches.		
3 - L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité.		
4 - La crainte de retourner sur les lieux de l'événement ou des lieux similaires.		
5 - L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle.		
6 - La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance.		
7 - Les réactions physiques telles que : sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc.		
8 - Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique.		
9 - L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.).		
10 - Les difficultés de concentration et/ou de mémoire.		
11 - Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide.		
12 - La tendance à s'isoler.		
13 - Les sentiments de culpabilité et/ou de honte.		

Résultats au TRAUMAQ

Amal 7

Cotation des échelles de la première partie

Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

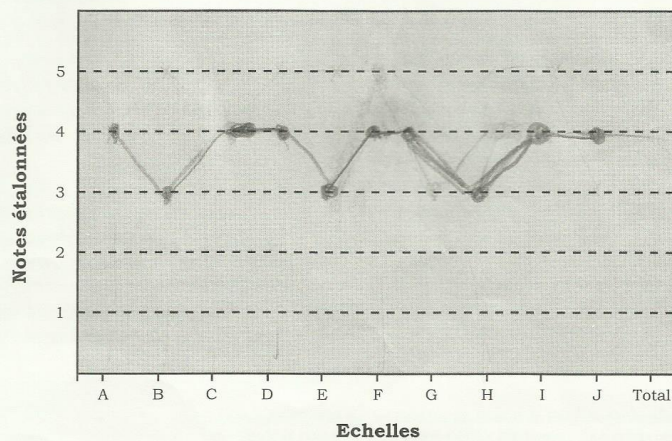
Pour l'échelle J, les réponses NON sont cotées 1 point et les réponses OUI sont cotées 0 point, à l'exception des items 4, 5, 6 et 11 pour lesquels la réponse OUI est cotée 1 point et la réponse NON est cotée 0 point.

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	21	<input type="checkbox"/> 0-6	<input type="checkbox"/> 7-12	<input type="checkbox"/> 13-18	<input checked="" type="checkbox"/> 19-23	<input type="checkbox"/> 24
B	7	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input checked="" type="checkbox"/> 5-7	<input type="checkbox"/> 8-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10 et +
C	12	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
D	11	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10-13	<input checked="" type="checkbox"/> 14 et +
E	9	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-4	<input checked="" type="checkbox"/> 5-9	<input type="checkbox"/> 10-14	<input type="checkbox"/> 15 et +
F	8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-6	<input checked="" type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> 10 et +
G	6	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-5	<input checked="" type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
H	7	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input checked="" type="checkbox"/> 4-11	<input type="checkbox"/> 12-17	<input type="checkbox"/> 18 et +
I	14	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> 6-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10-16	<input checked="" type="checkbox"/> 17 et +
J	5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input checked="" type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
Total	99	<input type="checkbox"/> 0-23	<input type="checkbox"/> 24-54	<input type="checkbox"/> 55-89	<input checked="" type="checkbox"/> 90-114	<input type="checkbox"/> 115 et +

4
3
4
4
3
4
4
3
4
4
1
37

Profil



Traumatisme
Fort

Test estime de soi – Cas de Amal

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

		1	2	3	4
1	-Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.				X
2	-Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			X	
3	-Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.		X		
4	-Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.		X		
5	-Je sens peu de raison d'être fier de moi.		X		
6	-J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.			X	
7	-Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			X	
8	-J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.		X		
9	-Parfois, je me sens vraiment inutile.	X			
10	-Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.		X		

- Les thèmes : 1, 2, 4, 6 et 7.

$$4 + 3 + 2 + 3 + 3 = 15$$

- Les thèmes : 3, 5, 8, 9 et 10.

$$3 + 3 + 3 + 4 + 3 = 16$$

$$15 + 16 = 31$$

Amal a obtenu un score de 31, son estime de soi est donc dans la moyenne.

Annexe I – Test Traumaq et estime de soi Amina

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme
Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

Amina

Passation individuelle

Collective

Victime directe de l'événement

Témoin

Nom : AOLTER

Prénom : _____

F M Age : _____

Date de passation : 12/4/2011

Lieu de passation : DAMAS

Informations concernant l'événement :

Événement individuel Collectif Nature* : _____

Lieu (domicile, voie publique, etc.) : _____

Date : _____

Durée : _____

Blessures physiques : Non Oui Description : _____

Séquelles actuelles : _____

Avez-vous bénéficié de l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?

Non Oui

ITT¹ Non Oui Nombre de jours : _____ Arrêt de travail Non Oui Durée : _____

IPP² Non Oui Pourcentage : _____

*** Nature de l'événement**
En fonction de la réponse recueillie, cocher une ou plusieurs cases ci-dessous :

<input type="checkbox"/> Catastrophe naturelle <input type="checkbox"/> Catastrophe technologique <input type="checkbox"/> Catastrophe aérienne, maritime ou ferroviaire <input type="checkbox"/> Accident de la voie publique <input type="checkbox"/> Attentat <input type="checkbox"/> Explosion de gaz <input type="checkbox"/> Accident domestique <input type="checkbox"/> Prise d'otage ou séquestration <input type="checkbox"/> Hold-up ou vol à main armée	<input checked="" type="checkbox"/> Coups et blessures volontaires <input type="checkbox"/> Coups et blessures involontaires <input checked="" type="checkbox"/> Tentative d'homicide <input type="checkbox"/> Agression sexuelle <input type="checkbox"/> Viol <input type="checkbox"/> Racket <input checked="" type="checkbox"/> Conflit armé <input type="checkbox"/> Tortures <input checked="" type="checkbox"/> Autres
--	---

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail
² IPP = Incapacité Permanente Partielle

ecpa Les Editions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

Copyright © 2006 par les Editions du Centre de Psychologie Appliquée
25, rue de la Plaine – 75980 PARIS CEDEX 20. France. Tous droits réservés.

Amina Z

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

Situation familiale

Marié(e) ou en concubinage Divorcé(e) ou séparé(e) Célibataire Veuf/Veuve

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : _____

Situation professionnelle

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps temps partiel

Sans emploi : homme ou femme au foyer chômage congé parental
en stage formation congé maladie retraité(e)

Etat de santé

Avez-vous des problèmes de santé : Non Oui lesquels : Tension, douleur dans

Suiviez-vous un traitement médical : Non Oui de quelle nature : son oreille

Avez-vous déjà consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Avez-vous suivi une psychothérapie : Non Oui sous quelle forme : _____

Date : _____ Durée : _____

Avez-vous vécu d'autres événements qui vous ont profondément marqué(e) :

Non Oui

Nature : les guerres, la destruction,

Date : _____ agression

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

Avez-vous consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Suivi d'une psychothérapie : Non Oui Sous quelle forme : _____

Date de la première séance : _____

Nombre de consultations (à ce jour) : _____

Traitement médical : Non Oui Lequel : _____

Durée : _____

PREMIERE PARTIE *Amina 3*

Vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite. Le temps de passation n'est pas limité.

Pour toutes les questions suivantes, utiliser l'échelle ci-dessous et cocher la case correspondante.

Intensité (ou fréquence) de la manifestation			
0	1	2	3
-----	-----	-----	-----
nulle	faible	forte	très forte

Pendant l'événement

Nous allons aborder ce que vous avez ressenti **pendant** le déroulement de l'événement.

		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des sueurs, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total A					23

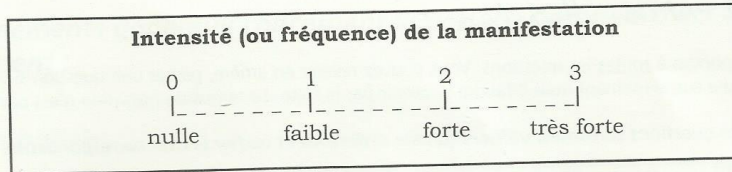
Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez **actuellement**.

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total B					12

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total C					11

Amina 4



		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5	Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total D					11

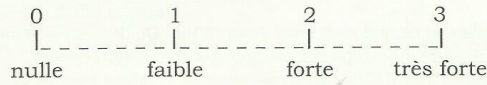
		0	1	2	3
E1	Vous sentez-vous plus vigilant(e), plus attentif(ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E2	Vous estimez-vous plus méfiant(e) qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3	Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5	Vous sentez-vous plus agressif(ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total E					9

		0	1	2	3
F1	Lorsque que vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F4	Depuis l'événement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total F					12

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G2	Avez-vous plus de "trous de mémoire" qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total G					6

Amina S

Intensité (ou fréquence) de la manifestation



		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Eprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total H					13

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total I					4

J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
Total J		3	

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Oui	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>			
Non			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

5 1 1

3

DEUXIEME PARTIE

Armina 6

Vous venez de terminer le bilan de ce que vous vivez aujourd'hui. Or, depuis l'événement, il est possible qu'il y ait eu une évolution : certains troubles ont disparu alors que d'autres durent encore.

En utilisant les échelles ci-dessous, préciser le délai d'apparition des troubles décrits, ainsi que leur durée :

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

- 0 : Pas concerné
- 1 : Le jour même de l'événement
- 2 : Entre 24 heures et 3 jours
- 3 : Entre 4 jours et 1 semaine
- 4 : Entre 1 semaine et 1 mois
- 5 : Entre 1 et 3 mois
- 6 : Entre 3 et 6 mois
- 7 : Entre 6 mois et un an
- 8 : Plus d'un an

Durée des troubles

- 0 : Pas concerné
- 1 : Immédiatement après l'événement
- 2 : Moins d'une semaine
- 3 : De 1 semaine à 1 mois
- 4 : De 1 à 3 mois
- 5 : De 3 à 6 mois
- 6 : De 6 mois à un an
- 7 : Plus d'un an
- 8 : Trouble toujours présent à ce jour

Troubles	Délai d'apparition	Durée
1 - L'impression de revivre l'événement, les souvenirs et les images de l'événement qui reviennent.		
2 - Les troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ou nuits blanches.		
3 - L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité.		
4 - La crainte de retourner sur les lieux de l'événement ou des lieux similaires.		
5 - L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle.		
6 - La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance.		
7 - Les réactions physiques telles que : sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc.		
8 - Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique.		
9 - L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.).		
10 - Les difficultés de concentration et/ou de mémoire.		
11 - Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide.		
12 - La tendance à s'isoler.		
13 - Les sentiments de culpabilité et/ou de honte.		

Résultats au TRAUMAQ

Amira Z

Cotation des échelles de la première partie

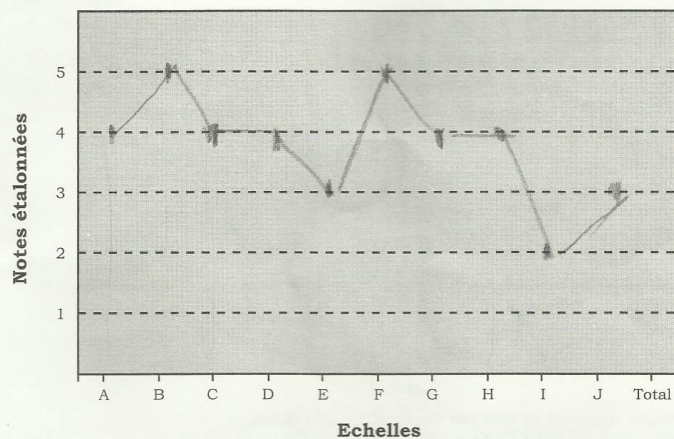
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

Pour l'échelle J, les réponses NON sont cotées 1 point et les réponses OUI sont cotées 0 point, à l'exception des items 4, 5, 6 et 11 pour lesquels la réponse OUI est cotée 1 point et la réponse NON est cotée 0 point.

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	23	<input type="checkbox"/> 0-6	<input type="checkbox"/> 7-12	<input type="checkbox"/> 13-18	<input checked="" type="checkbox"/> 19-23	<input type="checkbox"/> 24
B	12	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-7	<input type="checkbox"/> 8-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10 et +
C	11	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
D	11	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
E	9	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-4	<input checked="" type="checkbox"/> 5-9	<input type="checkbox"/> 10-14	<input type="checkbox"/> 15 et +
F	12	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10 et +
G	6	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-5	<input checked="" type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
H	13	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-11	<input checked="" type="checkbox"/> 12-17	<input type="checkbox"/> 18 et +
I	4	<input type="checkbox"/> 0-1	<input checked="" type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> 6-9	<input type="checkbox"/> 10-16	<input type="checkbox"/> 17 et +
J	3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
Total	104	<input type="checkbox"/> 0-23	<input type="checkbox"/> 24-54	<input type="checkbox"/> 55-89	<input checked="" type="checkbox"/> 90-114	<input type="checkbox"/> 115 et +

Profil



Traumatisme
Fort

Test estime de soi – Cas de Amina

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

		1	2	3	4
1	-Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.			X	
2	-Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			X	
3	-Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.			X	
4	-Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.		X		
5	-Je sens peu de raison d'être fier de moi.		X		
6	-J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.			X	
7	-Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			X	
8	-J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.		X		
9	-Parfois, je me sens vraiment inutile.		X		
10	-Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			X	

- Les thèmes : 1, 2, 4, 6 et 7.

$$3 + 3 + 2 + 3 + 3 = 14$$

- Les thèmes : 3, 5, 8, 9 et 10.

$$2 + 3 + 3 + 3 + 2 = 13$$

$$14 + 13 = 27$$

Amina a obtenu un score de 27, son estime de soi est donc faible.

Annexe J – Test Traumaq et estime de soi Rima

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

Passation individuelle

Collective

Victime directe de l'événement

Témoïn

Nom : _____

Prénom : Rima J

F M Age : _____

Date de passation : 8/2010

Lieu de passation : _____

34
ans

Informations concernant l'événement :

Événement individuel Collectif Nature* : _____

Lieu (domicile, voie publique, etc.) : domicile

Date : 15/2006

Durée : _____

Blessures physiques : Non Oui Description : _____

Séquelles actuelles : _____

Avez-vous bénéficié de l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?

Non Oui

ITT¹ Non Oui Nombre de jours : _____ Arrêt de travail Non Oui Durée : _____

IPP² Non Oui Pourcentage : _____

*** Nature de l'événement**
En fonction de la réponse recueillie, cocher une ou plusieurs cases ci-dessous :

<input type="checkbox"/> Catastrophe naturelle <input type="checkbox"/> Catastrophe technologique <input type="checkbox"/> Catastrophe aérienne, maritime ou ferroviaire <input type="checkbox"/> Accident de la voie publique <input type="checkbox"/> Attentat <input type="checkbox"/> Explosion de gaz <input type="checkbox"/> Accident domestique <input type="checkbox"/> Prise d'otage ou séquestration <input type="checkbox"/> Hold-up ou vol à main armée	<input type="checkbox"/> Coups et blessures volontaires <input type="checkbox"/> Coups et blessures involontaires <input checked="" type="checkbox"/> Tentative d'homicide <input type="checkbox"/> Agression sexuelle <input type="checkbox"/> Viol <input type="checkbox"/> Racket <input type="checkbox"/> Conflit armé <input type="checkbox"/> Tortures <input checked="" type="checkbox"/> Autres
--	---

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail
² IPP = Incapacité Permanente Partielle

ecpa Les Editions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

Copyright © 2006 par les Editions du Centre de Psychologie Appliquée
25, rue de la Plaine – 75980 PARIS CEDEX 20. France. Tous droits réservés.

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

Rimaz

Situation familiale

Marié(e) ou en concubinage Divorcé(e) ou séparé(e) Célibataire Veuf/veuve

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : 2 enfants 11 ans garçon, 12 ans fille

Situation professionnelle

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps temps partiel

Sans emploi : homme ou femme au foyer chômage congé parental
en stage formation congé maladie retraité(e)

Etat de santé

Avez-vous des problèmes de santé : Non Oui lesquels : _____

Suiviez-vous un traitement médical : Non Oui de quelle nature : _____

Avez-vous déjà consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Avez-vous suivi une psychothérapie : Non Oui sous quelle forme : _____
Date : _____ Durée : _____

Avez-vous vécu d'autres événements qui vous ont profondément marqué(e) : agression

Non Oui Nature : bombardement pendant la

Date : _____
et tentative de tuer son
marie et enlever son fils

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

Avez-vous consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Suivi d'une psychothérapie : Non Oui Sous quelle forme : _____

Date de la première séance : _____

Nombre de consultations (à ce jour) : _____

Traitement médical : Non Oui Lequel : _____

Durée : _____

PREMIERE PARTIE

Rima 3

Vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite. Le temps de passation n'est pas limité.

Pour toutes les questions suivantes, utiliser l'échelle ci-dessous et cocher la case correspondante.

Intensité (ou fréquence) de la manifestation			
0	1	2	3
----- ----- -----	----- ----- -----	----- ----- -----	----- ----- -----
nulle	faible	forte	très forte

Pendant l'événement

Nous allons aborder ce que vous avez ressenti pendant le déroulement de l'événement.

		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des sueées, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total A					18

Depuis l'événement

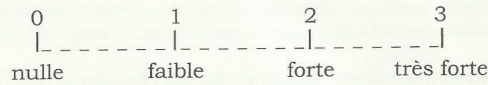
Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez actuellement.

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total B					7

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	Etes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total C					8

Rima 4

Intensité (ou fréquence) de la manifestation



		0	1	2	3
D1	Etes-vous devenu anxieux(se), tendu(e) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2	Avez-vous des crises d'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3	Craignez-vous de vous rendre sur des lieux en rapport avec l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D4	Vous sentez-vous en état d'insécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D5	Évitez-vous des lieux, des situations ou des spectacles (TV, cinéma) qui évoquent l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total D		13			

		0	1	2	3
E1	Vous sentez-vous plus vigilant(e), plus attentif(ve) aux bruits qu'auparavant, vous font-ils plus sursauter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E2	Vous estimez-vous plus méfiant(e) qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E3	Etes-vous plus irritable que vous ne l'étiez avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E4	Avez-vous plus de mal à vous maîtriser (crise de nerfs, etc.) ou avez-vous davantage tendance à fuir une situation insupportable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5	Vous sentez-vous plus agressif(ve) ou craignez-vous de ne plus contrôler votre agressivité depuis l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Avez-vous eu des comportements agressifs depuis l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total E		71			

		0	1	2	3
F1	Lorsque que vous y repensez ou que vous êtes dans des situations qui vous rappellent l'événement, avez-vous des réactions physiques telles que, par exemple, maux de tête, nausées, palpitations, tremblements, sueurs, respiration difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F2	Avez-vous observé des variations de votre poids ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3	Avez-vous constaté une détérioration de votre état physique général ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4	Depuis l'événement, avez-vous des problèmes de santé dont la cause a été difficile à identifier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5	Avez-vous augmenté la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, médicaments, nourriture, etc.) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total F		8			

		0	1	2	3
G1	Avez-vous plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G2	Avez-vous plus de "trous de mémoire" qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
G3	Avez-vous des difficultés à vous rappeler l'événement ou certains éléments de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total G		6			

Rima 5

Intensité (ou fréquence) de la manifestation

0 1 2 3
 |-----|-----|-----|
 nulle faible forte très forte

		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Eprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total H					12

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total I					13

J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	oui	non
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	oui	non
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	oui	non
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	oui	non
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	oui	non
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	oui	non
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui	non
Total J					9

DEUXIEME PARTIE

Rima 6

Vous venez de terminer le bilan de ce que vous vivez aujourd'hui. Or, depuis l'événement, il est possible qu'il y ait eu une évolution : certains troubles ont disparu alors que d'autres durent encore.

En utilisant les échelles ci-dessous, préciser le délai d'apparition des troubles décrits, ainsi que leur durée :

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

- 0 : Pas concerné
- 1 : Le jour même de l'événement
- 2 : Entre 24 heures et 3 jours
- 3 : Entre 4 jours et 1 semaine
- 4 : Entre 1 semaine et 1 mois
- 5 : Entre 1 et 3 mois
- 6 : Entre 3 et 6 mois
- 7 : Entre 6 mois et un an
- 8 : Plus d'un an

Durée des troubles

- 0 : Pas concerné
- 1 : Immédiatement après l'événement
- 2 : Moins d'une semaine
- 3 : De 1 semaine à 1 mois
- 4 : De 1 à 3 mois
- 5 : De 3 à 6 mois
- 6 : De 6 mois à un an
- 7 : Plus d'un an
- 8 : Trouble toujours présent à ce jour

Troubles	Délai d'apparition	Durée
1 - L'impression de revivre l'événement, les souvenirs et les images de l'événement qui reviennent.		
2 - Les troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ou nuits blanches.		
3 - L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité.		
4 - La crainte de retourner sur les lieux de l'événement ou des lieux similaires.		
5 - L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle.		
6 - La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance.		
7 - Les réactions physiques telles que : sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc.		
8 - Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique.		
9 - L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.).		
10 - Les difficultés de concentration et/ou de mémoire.		
11 - Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide.		
12 - La tendance à s'isoler.		
13 - Les sentiments de culpabilité et/ou de honte.		

Résultats au TRAUMAQ *Rima 7*

Cotation des échelles de la première partie

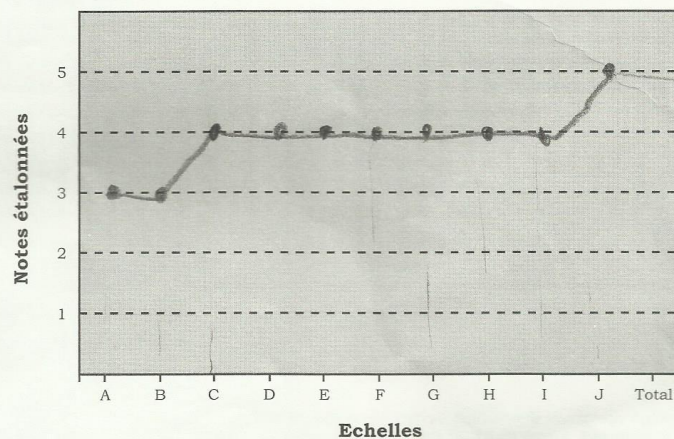
Les notes brutes des échelles A à I correspondent à la somme des points attribués aux items.

Pour l'échelle J, les réponses NON sont cotées 1 point et les réponses OUI sont cotées 0 point, à l'exception des items 4, 5, 6 et 11 pour lesquels la réponse OUI est cotée 1 point et la réponse NON est cotée 0 point.

Conversion des notes brutes en notes étalonnées

Echelles	Notes brutes	Notes étalonnées				
		1	2	3	4	5
A	18	<input type="checkbox"/> 0-6	<input type="checkbox"/> 7-12	<input checked="" type="checkbox"/> 13-18	<input type="checkbox"/> 19-23	<input type="checkbox"/> 24
B	7	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input checked="" type="checkbox"/> 5-7	<input type="checkbox"/> 8-9	<input type="checkbox"/> 10 et +
C	10	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
D	13	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 14 et +
E	11	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-4	<input type="checkbox"/> 5-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10-14	<input type="checkbox"/> 15 et +
F	8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-6	<input checked="" type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> 10 et +
G	6	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-5	<input checked="" type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 8 et +
H	12	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-11	<input checked="" type="checkbox"/> 12-17	<input type="checkbox"/> 18 et +
I	13	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> 6-9	<input checked="" type="checkbox"/> 10-16	<input type="checkbox"/> 17 et +
J	8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> 6-7	<input checked="" type="checkbox"/> 8 et +
Total	106	<input type="checkbox"/> 0-23	<input type="checkbox"/> 24-54	<input type="checkbox"/> 55-89	<input checked="" type="checkbox"/> 90-114	<input type="checkbox"/> 115 et +

Profil



Test estime de soi – Cas de Rima

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

		1	2	3	4
1	-Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.				X
2	-Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			X	
3	-Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.			X	
4	-Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.		X		
5	-Je sens peu de raison d'être fier de moi.			X	
6	-J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.			X	
7	-Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.		X		
8	-J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	X			
9	-Parfois, je me sens vraiment inutile.			X	
10	-Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.		X		

- Les thèmes : 1, 2, 4, 6 et 7.

$$4 + 3 + 2 + 3 + 2 = 14$$

- Les thèmes : 3, 5, 8, 9 et 10.

$$2 + 2 + 4 + 2 + 3 = 13$$

$$13 + 14 = 27$$

Rima a obtenu un score de 27, son estime de soi est donc faible.

Annexe K – Chapitre 3 :

Administration et cotation,

Manuel Traumaq

Chapitre 3

Administration et cotation

Consignes d'administration

Ce questionnaire a été conçu pour être utilisé en hétéro-passation et le temps d'administration varie d'une personne à l'autre.

Il convient de préciser une consigne générale : *«Vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite».*

La qualité du diagnostic dépend en grande partie de la précision des informations recueillies et de l'attitude adoptée par l'administrateur du questionnaire (psychologue, médecin, etc.) qui doit être bienveillante et neutre. Il est nécessaire de s'assurer au préalable que le sujet maîtrise suffisamment la langue française pour comprendre les questions posées.

L'auto-passation du TRAUMAQ est possible uniquement dans des conditions rigoureuses, ce qui permet d'envisager une passation collective. Avant d'utiliser ce mode d'administration, il faut s'assurer que les personnes concernées comprennent les consignes données et les questions posées (bonne maîtrise de la langue française, capacités intellectuelles suffisantes). Il faut également que leur état émotionnel soit suffisamment stable pour que le recueil des réponses soit valide. Il est essentiel qu'un professionnel soit présent.

Dans le cadre d'une passation collective, la consigne suivante peut être lue à voix haute : *«Le questionnaire qui se trouve devant vous comporte deux pages de renseignements et deux parties. Les deux premières pages sont destinées à comprendre les conditions de l'événement qui vous est arrivé. Commencez par les remplir. Si vous rencontrez des difficultés pour répondre à une ou plusieurs questions, n'hésitez pas à demander conseil au professionnel présent. Nous vous demandons*

simplement d'attendre pour cela d'avoir répondu aux parties 1 et 2 du questionnaire. Pour les parties 1 et 2, répondez à toutes les questions posées.

Vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite. Vous pouvez prendre le temps que vous voulez pour répondre aux questions».

Consignes de cotation

Pour la Partie 1 du questionnaire (excepté pour l'échelle J), le sujet choisit parmi quatre modalités de réponses¹ correspondant à l'intensité ou la fréquence de la manifestation :

- Nulle (échelon 0)
- Faible (échelon 1)
- Forte (échelon 2)
- Très forte (échelon 3)

L'échelle J comporte neuf items pour lesquels le sujet doit répondre par oui ou par non, la nature des comportements mesurés ne permettant pas une évaluation nuancée. Certains items sont inversés : il convient pour la cotation d'utiliser la grille présentée dans le Tableau 3.1 pour repérer les items pour lesquels la réponse «oui» va dans le sens du syndrome post-traumatique et ceux pour lesquels c'est la réponse «non» qui va dans ce sens.

Calcul des notes brutes par échelle

Partie 1 du questionnaire : les réactions immédiates (pendant l'événement) et les troubles psycho-traumatiques (depuis l'événement)

Pour les échelles A à I, la note par échelle s'obtient en additionnant les réponses du sujet à chaque item (0, 1, 2 ou 3 points). Les notes varient de 0 à 24 pour les échelles A et H, de 0 à 12 pour l'échelle B, de 0 à 15 pour les échelles C, D et F, de 0 à 18 pour l'échelle E et de 0 à 9 pour l'échelle G.

Pour l'échelle J, il convient d'utiliser le tableau ci-dessous et de compter 1 point par case grisée cochée et 0 point pour une case blanche.

Tableau 3.1 Grille de cotation des items de l'échelle J

Réponse	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11
OUI											
NON											

¹ - En ce qui concerne l'absence d'un échelon correspondant à une intensité moyenne, un pré-test réalisé sur quatre-vingt-deux victimes avec une échelle de réponses en cinq échelons, a montré que la modalité «Moyenne» n'était jamais choisie. Elle a donc été supprimée.

La note brute totale s'obtient en additionnant les notes aux différentes échelles. L'étendue théorique des notes brutes va de 0 à 164. Le calcul d'une note totale est rendu possible par l'homogénéité élevée du questionnaire (voir Tableau 4.2). D'autre part une analyse factorielle confirmatoire met en évidence la présence d'un facteur principal qui représente à lui seul 45 % de la variance expliquée.

Partie 2 du questionnaire : Délai d'apparition et durée des troubles décrits (partie facultative)

Les informations recueillies dans cette deuxième partie sont de nature qualitative et destinées à compléter le bilan clinique (voir Etudes de cas, Chapitre 5). Les échelles utilisées sont des échelles en neuf points qui permettent d'apprécier le délai et la durée des troubles depuis l'événement.

Caractéristiques de l'échantillon

Le questionnaire a été administré à un échantillon de 100 personnes souffrant de troubles de l'humeur. Les participants ont été recrutés dans des centres de soins psychiatriques et des services de soins de santé communautaires. Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Caractéristique	Nombre	Pourcentage
Sexe		
Homme		
Femme		
Âge (en années)		
Moyenne		
Écart-type		
Minimum		
Maximum		
Médiane		
Quartile supérieur		
Quartile inférieur		
Écart interquartile		
Coefficient de variation		
Coefficient de corrélation		
Coefficient de détermination		
Coefficient de confiance		
Coefficient de fidélité		
Coefficient de validité		
Coefficient de fiabilité		
Coefficient de stabilité		
Coefficient de cohérence		
Coefficient de concordance		
Coefficient de corrélation		
Coefficient de détermination		
Coefficient de confiance		
Coefficient de fidélité		
Coefficient de validité		
Coefficient de fiabilité		
Coefficient de stabilité		
Coefficient de cohérence		
Coefficient de concordance		

Annexe L – Chapitre 4 : Etudes psychométriques, Manuel Traumaq

Étalonnage normalisé en cinq classes (Partie 1 : Réactions immédiates et troubles psycho-traumatiques)

Afin de faire apparaître les différents niveaux de gravité du syndrome post-traumatique et compte tenu des distributions des notes brutes aux différentes échelles et pour la note totale (proches des caractéristiques de distributions normales), un étalonnage normalisé en cinq classes a été construit pour les notes brutes par échelle et pour la note totale de la Partie 1. Le choix du nombre de classes correspond au niveau de lisibilité idéal pour l'utilisateur du questionnaire.

Tableau 4.4 Conversion des notes brutes en notes étalonnées, par échelle (N = 141)

Echelles	Notes étalonnées				
	1	2	3	4	5
Echelle A	0-6	7-12	13-18	19-23	24
Echelle B	0	1-4	5-7	8-9	10 et +
Echelle C	0	1-3	4-9	10-13	14 et +
Echelle D	0	1-4	5-9	10-13	14 et +
Echelle E	0-1	2-4	5-9	10-14	15 et +
Echelle F	0	1-3	4-6	7-9	10 et +
Echelle G	0	1-2	3-5	6-7	8 et +
Echelle H	0	1-3	4-11	12-17	18 et +
Echelle I	0-1	2-5	6-9	10-16	17 et +
Echelle J	0	1	2-5	6-7	8 et +

Tableau 4.5 Conversion de la note brute totale de la Partie 1 en note étalonnée et en niveau d'intensité

Classes	1	2	3	4	5
Notes brutes	0 – 23	24 – 54	55 – 89	90 – 114	115 et +
Evaluation clinique	Absence de traumatisme	Traumatisme léger	Traumatisme moyen	Traumatisme fort	Traumatisme très fort

Analyses typologiques

En utilisant la méthode de la classification ascendante hiérarchique des sujets (méthode centroïde de Ward) sur la base des notes étalonnées aux échelles de la Partie 1 (Tableau 4.4), on met en évidence quatre profils de victimes dont les caractéristiques sont présentées dans la Figure 4.1.

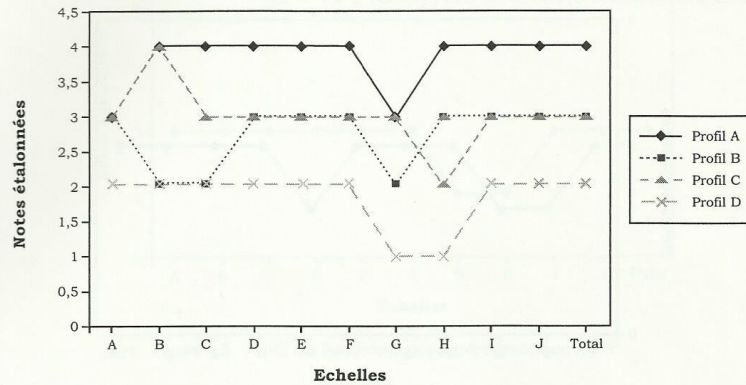


Figure 4.1 Profils cliniques mis en évidence par la méthode de classification ascendante hiérarchique des sujets (N = 141)

Profil A : Syndrome psycho-traumatique intense (N = 58, 41 % de l'échantillon)

En plus de la note totale étalonnée élevée (au moins 4), un diagnostic de syndrome psycho-traumatique intense suppose une note étalonnée élevée à chacune des échelles. Il suppose également une réponse «oui» à la question A6 ("Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?").

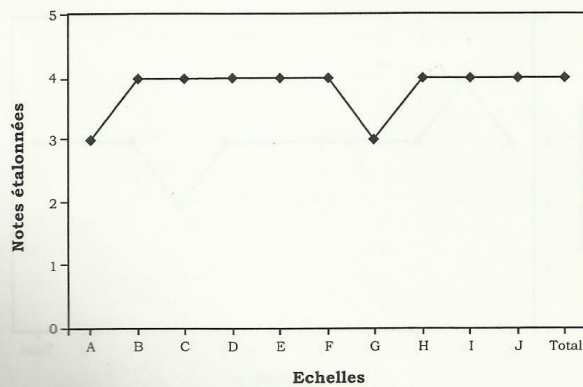


Figure 4.2 Profil A : Syndrome psycho-traumatique intense

Profil B : Syndrome anxio-dépressif (sans syndrome psycho-traumatique déclaré) (N = 37, 26 %)

- Note totale étalonnée moyenne (3).
- Note étalonnée moyenne (3) à l'Echelle A. L'impact traumatique de l'événement n'est pas élevé.
- Notes étalonnées faibles (2 ou moins) aux Echelles B-C-G.
- Notes étalonnées moyennes (3) aux Echelles D-E-F-H-I-J.

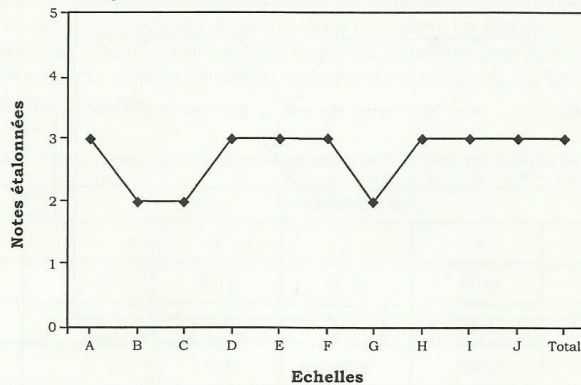


Figure 4.3 Profil B : Syndrome anxio-dépressif (sans syndrome psycho-traumatique déclaré)

Profil C : Syndrome psycho-traumatique modéré (sans troubles dépressifs) (N = 20, 14 %)

- Note totale étalonnée moyenne (3).
- Echelle A : note étalonnée élevée ou moyenne ; réponse «oui» à la question A6 ("Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?").
- Note étalonnée élevée (4 ou plus) à l'Echelle B (répétitions).
- Notes étalonnées moyennes (3) aux Echelles C à G, I et J.
- Note étalonnée faible à l'Echelle H (troubles dépressifs)¹.

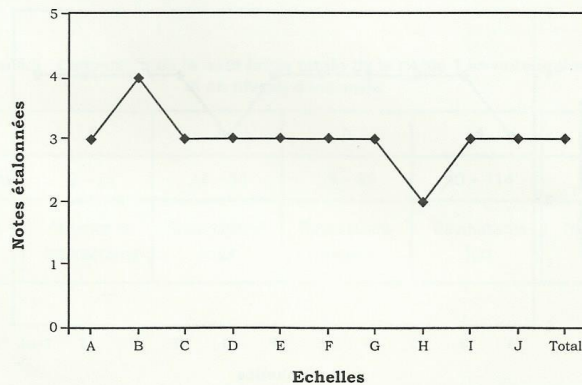


Figure 4.4 Profil C : Syndrome psycho-traumatique modéré (sans troubles dépressifs)

1 - On peut trouver des syndromes psycho-traumatiques modérés avec troubles dépressifs.

Profil D : Syndrome psycho-traumatique léger (N = 26, 18 %)

- Note totale étalonnée faible (2 ou moins).
- L'ensemble des notes étalonnées est faible (2 ou moins).

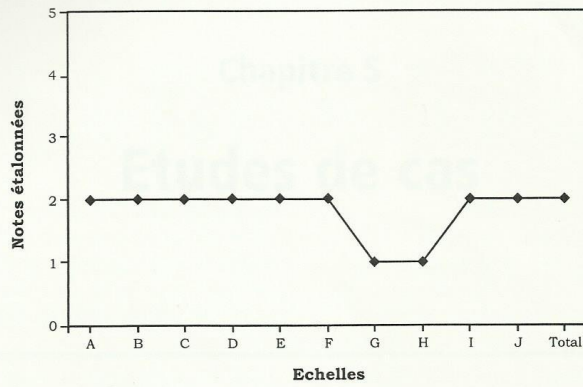


Figure 4.5 Profil D : Syndrome psycho-traumatique léger

Annexe M – Calculs des notes brutes pour l'échelle J des questionnaires Traumaq

Calcul des notes brutes pour l'échelle J des questionnaires Traumaq :

Pour l'échelle J, il faut utiliser le tableau ci-dessous et compter 1 point par case grisée cochée et 0 point par case blanche.

Réponse	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11
OUI											
NON											

On prend l'exemple du cas de Rima, les réponses sont :

Réponse	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11
OUI	x			x	x			x			x
NON		x	x			x	x		x	x	

Les calculs des notes pour l'échelle J :

J2 : 1 point

J3 : 1 point

J4 : 1 point

J5 : 1 point

J7 : 1 point

J9 : 1 point

J 10 : 1 point

J11 : 1 point

La réponse est donc **8**.

Annexe N – Test Traumaq en arabe

أسئلة تقدير مدى تأثير الصدمة

- تهدف هذه الأسئلة إلى مساعدتنا على تفهم الخبرات الكارثية التي تعرضت لها، وقد تكون خبرت الأشياء التي تسألك عنها، كما إنه من الممكن إلا تكون قد خبرتها لذا فإنك تساعدنا أكثر فيما لو تمعنت جيداً في أسئلة هذه الاستمارة وأجبت على الأسئلة التي تتطابق مع التجارب التي مررت بها.
إن سرية المعلومات التي تدلي بها محفوظة ومحترمة وهي تساعدنا كي تمد المساعدة لك وللآخرين الذين يمرون بصدمات وصعوبات مشابهة لصعوباتك.

الاسم:.....
العمر:.....
الجنس: ذكر: <input type="radio"/> أنثى: <input type="radio"/>
التاريخ:.....

معلومات متعلقة بالحادث:

حادث فردي: <input type="radio"/>	جماعي: <input type="radio"/>	طبيعي: <input type="radio"/>
التاريخ:.....		
المدة:.....		

إصابات جسدية: نعم لا
في حالة الإجابة بنعم حدد نوع الأذى الذي تعرضت له

- هل حصلت على مساعدة طبية (إسعافات أولية على أيدي مرضين أو إسعافات طارئة على يد طبيب أو الدخول إلى المستشفى) أو مساعدة نفسية؟

أسئلة عامة تخص المرحلة السابقة للحدث الكارثي أو الصدمة:

الوضع العائلي: متزوج: <input type="radio"/> أعزب: <input type="radio"/> عدد الأولاد:.....
الوضع المهني: طالب: <input type="radio"/> موظف: <input type="radio"/> بدون عمل: <input type="radio"/> متقاعد: <input type="radio"/>
الوضع الصحي: - هل تعاني من مشاكل صحية: نعم: <input type="radio"/> لا: <input type="radio"/> في حال الإجابة بنعم حدد هذه المشاكل:

<p>- هل استشرت أخصائي نفسي أو طبيب أعصاب: نعم: <input type="radio"/> لا: <input type="radio"/></p>
<p>- هل تابعت علاج نفسي: نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/></p>
<p>- هل عشت أحداث أخرى تركت فيك أثراً عميقاً: نعم: <input type="radio"/> لا: <input type="radio"/> في حال الإجابة بنعم حدد : طبيعتها:..... تاريخها:.....</p>

أسئلة متعلقة بالمرحلة اللاحقة للحدث الكارثي:

<p>هل استشرت أخصائي نفسي أو طبيب نفسي عصبي أو معالج نفسي:</p> <p>نعم: <input type="radio"/> لا: <input type="radio"/></p>
<p>هل تابعت علاج نفسي:</p> <p>نعم: <input type="radio"/> لا: <input type="radio"/></p> <p>في حال الإجابة بنعم أي شكل من العلاج:</p> <p>وتاريخ أول جلسة:</p> <p>عدد الجلسات: حتى الآن:</p>
<p>علاج دوائي:</p> <p>نعم: <input type="radio"/> لا: <input type="radio"/></p> <p>في حال الإجابة بنعم: ما هو:.....</p> <p>المدة:.....</p>

القسم الأول:

أجب على الأسئلة التالية: إذا وجدت صعوبة في الإجابة عن أحد الأسئلة تجاوزه على أن تعود إليه وتجب لاحقاً (يجب الإجابة على جميع الأسئلة) الوقت غير محدد: كل سؤال مرفق بأربعة اقتراحات، اختر أحد الاقتراحات التي تصف جيداً حالتك.

0	1	2	3
مطلقاً	ضعيف	قوي	قوي جداً

أثناء الحادث: سنحاول معرفة الشعور الذي شعرت به أثناء وقوع الحادث:

		0	1	2	3
A1	هل شعرت بالخوف؟	0	0	0	0
A2	هل شعرت بالقلق؟	0	0	0	0
A3	هل راودك شعور بأنك في حالة مغايرة أو غريبة عنك؟	0	0	0	0
A4	هل ظهرت عليك بعض الأعراض الجسدية مثل (رجفان، ازدياد في خفقان القلب، ارتفاع الضغط، إغماء)؟	0	0	0	0
A5	هل راودك شعور بأنك عاجز (شعرت بالجمود وبعدم القدرة على الحركة والحذر)؟	0	0	0	0
A6	هل اعتقدت بأنك ستفارق الحياة؟ أو أنك ستكون شاهداً على شيء مروع؟	0	0	0	0
A7	هل شعرت بأنك وحيد وقد تخلى عنك الآخرين؟	0	0	0	0
A8	هل شعرت بأنك غير قادر على فعل شيء (عاجز)؟	0	0	0	0

منذ الحادث:

سنحاول معرفة ماذا تشعر به الآن؟

		0	1	2	3
B1	هل تجتاحك ذكريات وصور تحمل موجات من الأحاسيس القوية ذات العلاقة بالحادث تفرض نفسها على تفكيرك في النهار والليل؟	0	0	0	0
B2	هل تعيش الحدث من جديد في الأحلام وعلى شكل كوابيس (أي هل حلمت أحلاماً ذات علاقة بالحدث)؟	0	0	0	0
B3	هل تجد صعوبة في الحديث عن الحادث وتحاول تجنب ذكره؟	0	0	0	0
B4	هل تشعر بالاستياء والتوتر عندما تفكر بالحادث؟	0	0	0	0

		0	1	2	3
C1	منذ الحادث هل تعاني صعوبة في النوم عما قبل؟	0	0	0	0
C2	أثناء النوم هل تحلم بأحلام مخيفة أو كوابيس محتواها لا يتعلق بشكل مباشر بالحدث؟	0	0	0	0
C3	هل تعاني من اضطراب في النوم (نوم متقطع..)؟	0	0	0	0
C4	هل لديك انطباع بأنك لا تنام أبداً؟	0	0	0	0
C5	هل تشعر بالتعب عندما تستيقظ؟	0	0	0	0

		0	1	2	3
D1	منذ الحادث هل أصبحت قلقاً متوتراً؟	0	0	0	0
D2	هل تعاني من نوبات من القلق؟	0	0	0	0
D3	هل تخشى مرودة أماكن لها علاقة بالحادث؟	0	0	0	0
D4	هل تشعر بحالة عدم أمان؟	0	0	0	0
D5	هل تتجنب الأماكن أو المواقف أو البرامج التلفزيونية أو أفلام السينما التي تثير موضوع الحادث؟	0	0	0	0

		0	1	2	3
E1	هل تشعر بأنك أكثر حساسية وتأثراً بالأصوات عما قبل (هل الأصوات العالية تجعلك تقفز من مكانك)؟	0	0	0	0
E2	هل تغدر نفسك بأنك أصبحت أكثر حذراً عما قبل؟	0	0	0	0
E3	هل أصبحت أكثر انفعالية ويتعكر مزاجك بسهولة أكثر عما قبل؟	0	0	0	0
E4	هل تجد صعوبة أكثر في السيطرة على أعصابك أم أنك تلجأ إلى الهروب في المواقف التي لا تتحملها؟	0	0	0	0
E5	منذ الحادث هل تشعر بأنك أصبحت أكثر عدوانية أو تشار وتستفز بسهولة أم تخشى بأنك لم تعد قادراً السيطرة على غضبك؟	0	0	0	0
E6	منذ الحادث هل قمت بفعل عدائي؟	0	0	0	0

		0	1	2	3
F1	عندما تفكر بالحدث أو عندما تكون في مواقف تتذكر بالحدث هل تحدث لك بعض الأعراض الجسدية مثل صداع، إغماء، رجفان، صعوبة في التنفس، ازدياد في خفقان القلب؟	0	0	0	0
F2	هل لاحظت تبدلات في وزنك؟	0	0	0	0
F3	هل قدرت بأنك تعاني من اضطراب وانهيار في الحالة الصحية بشكل عام؟	0	0	0	0
F4	منذ الحادث هل عندك مشاكل صحية صعب تشخيص أسبابها؟	0	0	0	0
F5	هل ازداد تعاطيك لبعض المنبهات كالقهوة، الكحول أو السجارة أو بعض الأدوية أو الأطعمة؟	0	0	0	0

		0	1	2	3
G1	هل تعاني أكثر من مشكلة في التركيز عما قبل الحادث؟	0	0	0	0
G2	بعد الحادث هل تعاني من اضطراب في الذاكرة؟	0	0	0	0
G3	هل تجد صعوبة في تذكر الحادث أو أمور متعلقة بالحادث؟	0	0	0	0

		0	1	2	3
H1	هل أدى الحادث إلى الحد أو فقدان الاهتمام بأمر كانت هامة بالنسبة إليك؟	0	0	0	0
H2	هل أدى الحادث إلى الحد من نشاطك وحيويتك؟	0	0	0	0
H3	هل شعرت مؤخراً بالتعاسة والإرهاق أو/و الانهيار؟	0	0	0	0
H4	هل أصبحت ذو مزاج سيئ أو تجتاحك حالات من البكاء الشديد؟	0	0	0	0
H5	مؤخراً هل شعرت بأن الحياة لا تستحق العيش وهل راودتك أفكار بالانتحار؟	0	0	0	0
H6	بعد الحادث هل تجد صعوبة في علاقتك العاطفية أو الجنسية مع الشريك؟	0	0	0	0
H7	منذ الحادث هل شعرت بأن المستقبل يبدو لك بأنه انهيار أو بئس؟	0	0	0	0
H8	بعد الحادث هل تغير إقبالك على الآخرين وصرت ترغب بالعزلة؟	0	0	0	0

		0	1	2	3
I1	هل راودك التفكير بأنك المسؤول عن ما حدث وأنه كان بإمكانك التصرف بشكل مغاير لتجنب ما حدث .	0	0	0	0
I2	هل تشعر بالذنب بما فكرت به أو قمت به اثناء الحادث أو/و تشعر بالذنب لأنك بقيت حياً بينما مات الآخرون.	0	0	0	0
I3	هل تشعر بالذلل لما حدث .	0	0	0	0
I4	منذ الحادث هل تشعر بأنه لا قيمة لك (لا جدارة لك) .	0	0	0	0
I5	منذ الحادث هل تشعر بالغضب الشديد أو بالكره.	0	0	0	0
I6	منذ الحاح هل تغيرت نظرتك للحياة لنفسك للآخرين.	0	0	0	0
I7	هل تعتقد بأنك لم تعد كما كنت من قبل.	0	0	0	0

		لا	نعم
J1	هل تتابع نشاطك الدراسي أو المهني؟		
J2	هل لديك الانطباع بأن أدائك الدراسي أو المهني يعادل ما قبل الحادث؟		
J3	هل واصلت لقاء الأصدقاء مثل قبل الحادث؟		
J4	هل انقطعت علاقتك مع المقربين (زوج، أهل، أولاد، أصدقاء..) منذ الحادث؟		
J5	هل تشعر بأن الآخرين لا يفهمونك؟		
J6	هل شعرت بأن الآخرين تخلوا عنك؟		
J7	هل وجدت العون أو المساعدة من المقربين إليك؟		
J8	هل تحتاج مؤخراً لرفقة الآخرين وللشعور بدفء عاطفة القريبين منك؟		
J9	هل تمارس هواياتك ونشاطاتك مثل ما قبل الحادث؟		
J10	هل تجد نفس المتعة والسعادة عما قبل الحادث؟		
J11	هل تشعر بأنك تلعب دوراً أقل أهمية فيما يدور حولك؟		

القسم الثاني:

انتهيت من الإجابة على أسئلة تبين حالتك الآن، منذ الحادث حدث تطور: بعض الاضطرابات اختفت بينما البعض الآخر يستمر أيضاً. باستخدام هذا السلم حدد وقت ظهور الأعراض ومدتها.

مدتها		وقت ظهور الأعراض منذ الحادث	
إطلاقاً	0	إطلاقاً	0
فوراً بعد الحادث	1	يوم الحادث	1
أقل من أسبوع	2	بين 24 ساعة وثلاثة أيام	2
من أسبوع حتى الشهر	3	بين أربعة أيام وأسبوع	3
من شهر إلى ثلاثة	4	بين أسبوع وشهر	4
من 3 أشهر إلى 6 أشهر	5	بين شهر وثلاثة أشهر	5
من 6 أشهر إلى سنة	6	بين ثلاثة أشهر وستة أشهر	6
أكثر من سنة	7	بين ستة أشهر وسنة	7
اضطراب مستمر حتى هذا اليوم	8	أكثر من سنة	8

الاضطراب	وقت ظهوره	المدة
----------	-----------	-------

		1- لا أزال أعيش الحدث بشكل مبالغ (صور الحدث تفرض نفسها على تفكيري وكأنني أعيش الحدث من جديد)!!
		2- اضطراب في النوم، صعوبة في النوم، كوابيس، أرق، أو عدم النوم.
		3- استياء أو نوبات قلق وحالة عدم أمانة.
		4- خوف من مرادة أماكن الحادث أو أماكن متشابهة.
		5- عدوانية و(شديد العصبية، الغضب) وحساسية مفرطة أو خوف من عدم السيطرة والتحكم بالنفس!
		6- حساسية مفرطة للأصوات أو حالة حذر (عدم ثقة).
		7- ردادات فعل جسمية على شكل أعراض مثل رجفان، صداع.. إغماء.. خفقان بالقلب.
		8- اضطرابات صحية مثل: فقدان الشهية أو حالة نهم وإقبال على الطعام، تدهور خطير للحالة الصحية
		9- تزايد تعاطي المنبهات (قهوة، كحول، سيجارة.. أغذية).
		10- صعوبة في التركيز و/أو اضطراب في الذاكرة.
		11- فقدان الاهتمام بالحياة بشكل عام، فقدان الطاقة والحيوية، حزن، تعاسة، بأس وانهايار أو أفكار بالانتحار.
		12- اللجوء إلى حالة العزلة.
		13- شعور بالذنب أو الخجل (الإثم).

Annexe O – Test Traumaq en arabe – Exemple du cas de Karima

أسئلة تقدير مدى تأثير الصدمة

- تهدف هذه الأسئلة إلى مساعدتنا على فهم الخبرات الكارثية التي تعرضت لها، وقد تكون خبرات الأشياء التي تسألك عنها، كما إنه من الممكن ألا تكون قد خبرتها لذا فإنك تساعدنا أكثر فيما لو تمتعت جيداً في أسئلة هذه الاستمارة وأجبت على الأسئلة التي تتطلب مع التجارب التي مررت بها.
إن سرية المعلومات التي تليها محفوظة ومحترمة وهي تساعدنا كي نمد المساعدة لك وللآخرين الذين يمرون بصدمات وصعوبات مشابهة لصعوباتك.

الاسم: Karima
العمر: 46
الجنس: أنثى
التاريخ: 2010

معلومات متعلقة بالحادث:

حدث فردي: طبيعي:
جماعي: 2003 وهو الأمر الذي أتى به
التاريخ: 2003
فئة: موزونة (ع) أعطوا أسئلة
المدّة:
قناة: موزونة و أعطوا الأسئلة من هذا

1

إصابات جسدية: نعم لا
في حالة الإجابة بنعم حدد نوع الأذى الذي تعرضت له

- هل حصلت على مساعدة طبية (إسعافات أولية على أيدي ممرضين أو إسعافات طارئة على يد طبيب أو الدخول إلى المستشفى) أو مساعدة نفسية؟

2

أسئلة عامة تخص المرحلة السابقة للحدث الكارثي أو الصدمة:

الوضع العائلي:

أعزب:

متزوج:

عدد الأولاد: 2...

الوضع المهني:

طالب:

بدون عمل:

موظف:

متقاعد:

الوضع الصحي:

لا:

هل تعاني من مشاكل صحية: نعم:

في حال الإجابة بنعم حدد هذه المشاكل:

مشاكل

(3)

<p>- هل استشرت أخصائي نفسي أو طبيب أعصاب:</p> <p>○ نعم: <input type="checkbox"/> لا: <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>- هل تابعت علاج نفسي: نعم <input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>- هل عشت أحداث أخرى تركت فيك أثراً عميقاً:</p> <p>○ نعم: <input type="checkbox"/> لا: <input type="checkbox"/></p> <p>في حال الإجابة بنعم حدد:</p> <p>طبيعتها: <i>التهويل، الكثرة، الصدمة، الخوف</i>.....</p> <p>تاريخها: <i>3/1/2003</i>..... <i>جامعة الجوف</i>.....</p>

(4)

أسئلة متعلقة بالمرحلة اللاحقة للمحدث الكارثي:

هل استمرت أخصائي نفسي أو طبيب نفسي عصبي أو معالج نفسي:

نعم: لا:

هل تابعت علاج نفسي:

نعم: لا:

في حال الإجابة بنعم أي شكل من العلاج:

وتاريخ أول جلسة:

عدد الجلسات: حتى الآن: ..

علاج دوائي:

نعم: لا:

في حال الإجابة بنعم: ما هو...*كاشف M. هادي*

المدة:.....

القسم الأول:

أجب على الأسئلة التالية: إذا وجدت صعوبة في الإجابة عن أحد الأسئلة تجاوزه على أن تعود إليه وتجنب لاحقاً (يجب الإجابة على جميع الأسئلة) الوقت غير محدد: كل سؤال مرفق بأربعة اقتراحات، اختر أحد الاقتراحات التي تصف جيداً حالتك.

0	1	2	3
مطلقاً	ضعيف	قوي	قوي جداً

أثناء الحادث: سنحاول معرفة الشعور الذي شعرت به أثناء وقوع الحادث:

	0	1	2	3
A1				
A2				
A3				
A4				
A5				
A6				
A7				
A8				

A (10)

(8)

منذ الحادث:

سنحاول معرفة ماذا تشعر به الآن؟

	0	1	2	3
B1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
B3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
B4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	0	1	2	3
C1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
C3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
C4	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(17)

(5)

	0	1	2	3
D1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D2	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
D4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

D (4)

	0	1	2	3
E1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
E2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
E5	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E6	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

E (6)

(8)

	0	1	2	3
F1	0	1	2	3
عندما تفكر بالحادثة أو عندما تكون في مواقف تتذكر بالحادثة هل تحدث لك بعض الأعراض الجسدية مثل صداع، إغماء، رجفان، صعوبة في التنفس، ازدياد في خفقان القلب؟	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
هل لاحظت تبدلات في وزنك؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
F3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
هل قدرت بأنك تعاني من اضطراب وانهايار في الحالة الصحية بشكل عام؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
F4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
منذ الحادث هل عندك مشاكل صحية صعب تشخيص أسبابها؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F5	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
هل ازداد تعاطيك لبعض المنبهات كالقهوة، الكحول أو السجارية أو بعض الأدوية أو الأطعمة؟	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G1	0	1	2	3
هل تعاني أكثر من مشكلة في التركيز عما قبل الحادث؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
G2	0	0	0	<input checked="" type="radio"/>
بعد الحادث هل تعاني من اضطراب في الذاكرة؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
G3	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
هل تجد صعوبة في تذكر الحادث أو أمور متعلقة بالحادث؟	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F
6

4

		0	1	2	3
H1	هل أدى الحادث إلى الحد أو فقدان الاهتمام بأمور كانت هامة بالنسبة إليك؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
H2	هل أدى الحادث إلى الحد من نشاطك وحيويتك؟	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H3	هل شعرت مؤخراً بالنعاسة والإرهاق أو/والإنتهاز؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
H4	هل أصبحت ذو مزاج سيئ أو تتجأحك حالات من البكاء الشديد؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
H5	هل شعرت بأن الحياة لا تستحق العيش وهل راودتك أفكار بالانتحار؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
H6	مؤخراً هل شعرت بأن علاقتك العاطفية أو الجنسية مع الشريك؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
H7	بعد الحادث هل تجد صعوبة في علاقتك العاطفية أو الجنسية مع الشريك؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H8	منذ الحادث هل شعرت بأن المستقبل يبدو لك بأنه انهار أو بائس؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	بعد الحادث هل تغير إقبالك على الآخرين وصرت تترغب بالعزلة؟	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

٧٥

٧٦

		0	1	2	3
I1	هل روادك التفكير بأنك المسؤول عن ما حدث وأنه كان بإمكانك التصرف بشكل مغاير لتجنب ما حدث .	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I2	هل تشعر بالذنب بما فكرت به أو فمت به أثناء الحادث أو /و تشعر بالذنب لأذك بقيت حيا بينما مات الآخرون.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I3	هل تشعر بالذلل لما حدث .	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I4	منذ الحادث هل تشعر بأنه لا قيمة لك (لا جارة لك) .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
I5	منذ الحادث هل تشعر بالغضب الشديد أو بالكره .	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I6	منذ الحادث هل تغيرت نظرتك للحياة لنفسك للآخرين .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
I7	هل تعتقد بأنك لم تعد كما كنت من قبل .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

14

11

	لا	نعم
J1 هل تتابع نشاطك الدراسي أو المهني؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
J2 هل لديك الانطباع بأن أدائك الدراسي أو المهني يعادل ما قبل الحادث؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
J3 هل واصلت لقاء الأصدقاء مثل قبل الحادث؟	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J4 هل انقطعت علاقتك مع المقربين (زوج، أهل، أو لاد، أصدقاء...) منذ الحادث؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
J5 هل تشعر بأن الآخرين لا يفهموك؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J6 هل شعرت بأن الآخرين تخلوا عنك؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
J7 هل وجدت العون أو المساعدة من المقربين إليك؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J8 هل تحتاج مؤخراً لرؤية الآخرين وللشعور برفق عاطفة القريبين منك؟	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J9 هل تمارس هواياتك وتشاطرك مثل ما قبل الحادث؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
J10 هل تجد نفس المتعة والسعادة عما قبل الحادث؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
J11 هل تشعر بأنك تلعب دوراً أقل أهمية فيما يدور حولك؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1	1									

القسم الثاني:

انتهيت من الإجابة على أسئلة تبين حالتك الآن، منذ الحادث حدث تطور: بعض الاضطرابات اختفت بينما البعض الآخر يستمر أيضاً.
 باستخدام هذا السلم حدد وقت ظهور الأعراض ومنتها.

وقت ظهور الأعراض منذ الحادث	منتها
0	إطلاقاً
1	فوراً بعد الحادث
2	أقل من أسبوع
3	من أسبوع حتى الشهر
4	من شهر إلى ثلاثة
5	من 3 أشهر إلى 6 أشهر
6	من 6 أشهر إلى سنة
7	أكثر من سنة
8	اضطراب مستمر حتى هذا اليوم

(13)

Annexe P – Récit de Tiba en arabe

طبية امرأة عراقية عندها من العمر ثلاثة وخمسون 53 عاماً ولكن الخطوط العميقة المحفورة في وجهها تعطي الانطباع بأنها أكبر سناً وتعكس حياة مليئة بالتجارب المؤلمة.. نظراتها حزينة ولكنها حنونة في سعيها للالتقاء بالعيون والبحث عن الآخرين طلبت منها أن تجيب على أسئلة اختبار الصدمة النفسية (traumaq) أجابتي بأنها نسيت نظراتها وطلبت مني مساعدتها بأن أقرأ لها السؤال وهي تجيب بعد الإجابة عن الأسئلة طلبت منها أن تروي لي وتذكر الحادث الأكثر صدمة وإيلاًما تعرضت له.. امتلأت عينها بالدموع لدى سماعها سؤالي هذا.. وبعد تهديد بدأت طبية تروي قصة الحادث الذي عاشته:

"في عام 2003 دخل الأميركيون إلى منزلنا بطريقة وحشية، بأسلحتهم المرعبة، أخذوا أولادي الاثنين (الذكور) ثم صعدوا إلى الطابق الثاني سرقوا الأموال.. المجوهرات.. الذهب وكسروا المنزل.."

تتابع طبية حديثها والدموع تتهمر من عيونها "أنا أمية لا أجيد القراءة والكتابة حاولت أن أستخدم الهاتف.. أن أطلب المساعدة انقضوا علي، مسكوني بقوة وانهاوا علي بالضرب، ثم قاموا بتوثيقنا أنا وابنتي وقادونا إلى القيو بعد أن اعتقلوا أولادي الاثنين صرخت ابنتي خاتفة وهي تقول: "لماذا تعصبون عيوننا، نحن لسنا قتلنا، لسنا مجرمين.. عندها فقدت وعيي".

آنذاك شعرت طبية بأنها عاجزة عن فعل أي شيء.

تتابع طبية حديثها وعلامات الحزن العميق تبدو على وجهها: "بعد ساعات اتصل رجل وأخبرنا بأن أولادي الاثنين سيتم تحريرهم حوالي الساعة الخامسة بعد الظهر لقاء مبلغ كبير من المال".

طبية تروي هذه الحادثة وكأنها تعاشها من جديد، أشبه بفيلم تدور أحداثه الآن أمام عينيها:

"في بعض الأوقات أشعر بالاختناق، الدماء في كل مكان.. الجثث مرمية على الأرض.. لا أنسى أبداً صور الناس المذبوحين، حتى إمام الجامع الذي يؤذن للصلاة ذبحوه".

طبية مدمرة نفسياً.. جروح عميقة أصابتها لا يمحوها الزمان.

سألت طبية أن تصف لي حالة الخوف الذي شعرت به وقتها أجابتي: "كنت في حالة هلع.. خاتفة.. دائماً أنا خاتفة.. لا أتأم الليل، أقرأ القرآن حتى أهدأ وأشعر بالأمان أضع القرآن تحت رأسي لا أنسى أبداً صور الناس المذبوحين، أبكي.. لن أعود أبداً إلى العراق.. لا يوجد هناك أمان سينبجوني.. لا لا لن أعود".

طبية ترتجف ويكتسي وجهها لون قاتم من الخوف.

شعرت الأسرة بالخطر المحدق بها بعد أن وصلها رسائل تهديد بالقتل "هددونا خلال اثنا عشرة ساعة إذا لم نرحل سيقتلوننا فقررنا الهرب بسرعة والتمسنا طريق الفلوجة للوصول إلى دمشق".

فترة صمت.. تتابع بعدها طبية القول: "أنا حزينة.. حزينة جداً.. جريحة".

وهي تبكي بدأت تردد كلمات أغنية تتحدث عن آلام الغربة والحنين إلى الوطن ثم ذكرت الرئيس الراحل صدام حسين الذي أعدمه الأميركيون بعد محاكمته سائلة:

"لماذا قتلوا صدام.. رجال مسلحون يريدون قتل صدام دخلوا إلى الحارة الجنوبية بحجة البحث عن صدام، فقتلوا كل مكان.. وقتلوا الناس.."

تعاود طبية الغناء وتردد كلمات تعطي الانطباع بأنها كلمات لا يربطها معنى واحد وتعكس حالة تشتت فكري.

طبية تبكي صدام والعراق "لماذا الدماء في كل مكان؟ لماذا وصلنا إلى هذه الحال؟ لماذا فقدنا العراق؟؟

لماذا فقدنا وطننا؟؟"

قالت رئيسة المركز "إن طبية قد فقدت روحها، المسكينة لا تعرف أين هي الآن، قد اختلطت الأمور في رأسها.. تتذكر الآن أحداث حزينة من الماضي".

استحالة النسيان هي من الأعراض المرضية لدى الناجين من الصدمة الكارثية (العصاب الصدمي).

في نهاية المقابلة.. بدأت طبية تهذاً، سألتها: "اليوم أي معنى تعطيه لتجربتك هذه؟"

استفاقت طبية من حالتها وكأنها كانت ثملة وعيناها ممتلئة بالدموع والمرارة وتوجهت بحديثها إلى النساء السوريات (وقد كانت بداية الأحداث في سورية) قاتلة:

"لا تدخلوا في هذه اللعبة، الأميركيان قتلوا بلدنا العراق بحجة أن يحققوا لنا الديمقراطية، ما يحدث الآن في سورية قد حدث سابقاً في العراق.. احذروا.. الأحداث نفسها تتكرر.. إياكم والاتجار وراء هذه الخدعة.. فحينها لا يفيد الندم، الله يحمي سورية.. لم يبقى لنا سوى سورية".

ومسحت عيناها وذهبت.

أي حقيقة هذه التي أدلت بها طبية كلمات تعكس رؤية عميقة للواقع بعيدة كل البعد عن حالة التشتت الفكري.

فعدما نستمع إلى حديثها يبدو لنا للوهلة الأولى أنها تعبر بكلمات دون ارتباط ومعنى يجمعها ولكن التمعن جيداً بعمق في معناها نجد أنها أشبه بقطعة بزل يجب تجميع قطعها حتى تعطي شكل متكامل وتعبر عن معنى دقيق.

Annexe Q – Test de Rosenberg en arabe

مقياس روزنبرغ لتقدير الذات

مقياس روزنبرغ لتقدير الذات.. شارك واعرف مدى تقديرك لذاتك!

مقياس وضعه الدكتور موريس روزنبرغ المحامي الكندي يختصر بـ RSES : Rosenberg Self-Esteem Scale .

ويتطلب الحصول على نتيجة هذا القياس الاجابة على عشرة عبارات تدور حول تقدير الذات واحترامها ويعد هذا المقياس شائعا ومشهورا في اختبارات العلوم الاجتماعية وتتضمن العبارات في هذا المقياس خمسة عبارات سلبية المضمون وخمسة ايجابية المضمون اي خمسة منها يؤدي الجواب الايجابي عليها الى تقليل الناتج الكلي للاختبار في حين تؤدي الخمسة الاخرى الى زيادة الناتج ولكل عبارة اربعة من الاجوبة تتراوح بين (وافق بشدة, وعارض بشدة) . وقد تمت ترجمة هذا المقياس الى لغات عدة كالفارسية والفرنسية والصينية والبرتغالية والاسبانية ويعتمد هذا المقياس الى درجة كبيرة في تحديد احترام الذات وفيما يلي ترجمة العبارات الموجودة ضمن مقياس روزنبرغ.

1. اشعر انني شخص قيم، او على الاقل مساو للآخرين.
2. اشعر انني امالك عددا من الصفات الجيدة
3. بالمجمل اشعر انني فاضل
4. انا قادر على القيام بالأشياء كما يفعل الآخرون
5. اشعر انني لا املك الكثير لأفخر به
6. لدي نظرة ايجابية تجاه نفسي
7. بالمجمل انا راض عن نفسي
8. اتمنى ان احصل على المزيد من الاحترام لنفسي
9. اشعر انني عديم النفع احيانا
10. احيانا اشعر انني لست جيدا مطلقا

وتتراوح الاجابة على هذه العبارات بين (ارفض وبشدة، ارفض، اوافق، اوافق وبشدة).

Source :

<http://real-sciences.com/?p=1743>

Résumé

« Traumatisme psychique et symbolisation » - *Cas des victimes de guerre en Irak.*

L'étude de notre thèse porte sur des sujets ayant vécu un traumatisme de guerre ; ces sujets ont vécu, ont été témoins, ou bien ont été confrontés à un ou des événements durant lesquels des individus proches ou lointains sont morts ou ont été menacés de mort. Le choc traumatique que ces sujets ont subi a, en outre, la particularité de se poursuivre par des phénomènes de répétition sous la forme de souvenirs forcés ou de cauchemars.

Notre recherche s'est intéressée à la question du travail d'élaboration psychique de l'événement traumatique, de la mise en pensée et du sens donné. Ce travail d'élaboration se fait en s'appuyant sur des ressources internes et externes. Nous considérons, dès le départ, que dépasser le trauma doit être interprété non comme une résistance au trauma, mais comme une capacité à représenter l'expérience subie. *Notre étude a porté sur une population de femmes irakiennes ayant fui la guerre irako-américaine et la guerre civile. Il s'agit d'une population réfugiée en Syrie.*

Mots clés : *Traumatisme, symbolisation, approche psychanalytique, psychologie cognitive, psychologie sociale et interculturelle.*

Summary

Psychic traumatism and symbolization - The cases of war victims in Iraq.

This thesis deals with subjects who have experienced a war traumatism. These subjects have lived, witnessed or have been confronted with one or numerous events where close or far relatives died or were threatened to be killed. Moreover, the specificity of the traumatic shock where they have been victims lies in the fact that it keeps surfacing up repeatedly through forced memories or nightmares.

Our research focuses on the question of the psychic elaboration of the traumatic event, the way it becomes a thought, and on the meaning one gives to it. This work of elaboration has been realized by lying upon internal and external resources.

We consider from the outset that overcoming one's trauma should not be interpreted as a resistance to it but as the capacity to represent the experience that has been undergone. *Our study is based on a population of Iraqi women who fled the Iraqi-American war and the civil war. It is a population of refugees who sought asylum in Syria.*

Key words: Traumatism, symbolization, psychoanalytic approach, cognitive psychology and social and intercultural psychology.