

Etienne Vermeiren: Psychologue, Criminologue, Psychothérapeute. Unité de Psychopathologie Adulte, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles.

Article paru in *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 2001, 1(5), pp. 261-271.

Résumé : L'implication de l'entourage familial et extra-familial constitue une ressource souvent méconnue dans l'abord thérapeutique des troubles psychotraumatiques. Différentes situations cliniques sont abordées : les familles dont un ou plusieurs membres souffrent de traumatisme psychique, les couples dont un des partenaires souffre de traumatisme psychique, les familles dont un membre décède brutalement, les familles entières touchées par un traumatisme, ainsi que les situations de traumatisme sur le lieu de travail. L'article étudie en quoi cette implication de l'entourage peut être un moteur de changement, mais aussi quelles sont les limites de ce type d'approche.

Summary: Therapeutic approach of psychotrauma. Involvement of the family and extra family circle.

We are often unaware of the use of the family and extrafamily circle in the therapeutic approach of psychotrauma. Various clinical situations are being dealt with: families in which one or more members suffer from psychotrauma; couples in which one partner suffers from psychotrauma; families in which one member suddenly dies; whole families affected by a traumatism as well as traumas at work. This article looks at how family circle involvement can cause things to change and limits of such an approach.

Mots-clés : Traumatisme psychique – familles – entourage.

Key-words: Psychotrauma – families- surrounding

«*Je crois à la compétence des familles pour traverser les nombreux aléas auxquels elles sont confrontées, je m'émerveille sans cesse de la richesse des créations chaotiques de la vie* ». Guy Ausloos, (1).

Introduction

Depuis plusieurs années maintenant, les cliniciens sont particulièrement intéressés par les situations qui touchent à la confrontation entre un individu ou un groupe d'individus et des événements potentiellement traumatisants. La réalité douloureuse du vécu de ces personnes, lorsque l'événement fait trauma, n'est plus à démontrer. En effet, ces dernières années ont vu se développer une myriade (plusieurs milliers) d'articles, de livres et de communications dans les congrès nationaux, mais aussi internationaux, à propos de ce sujet. Or, force est de constater que les pionniers du travail sur le trauma, que sont les psychanalystes, constituent aujourd'hui un bastion

fort isolé, nageant à contre-courant des publications anglo-saxonnes actuelles. Forts de leur expérience en la matière, conscients de la grande valeur de leur paradigme théorique, ils ne publient guère dans la littérature internationale. Seule une littérature francophone rare mais précieuse est ainsi disponible. Dans la pratique, les thérapeutes d'orientation analytique reçoivent pourtant de nombreux patients et ont élargi le spectre de leurs interventions à ceux et celles qui vivent un traumatisme dans le réel, dans l'ici et maintenant.

Mais l'essentiel de la littérature sur le traumatisme psychique est constitué par les écrits d'orientation comportementale et surtout cognitive, qui traitent quasi exclusivement du désormais célèbre Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) ou autre Acute Stress Disorder (ASD), consacrés par le DSM (2). Les consultations spécialisées se multiplient, les formations hâties à l'utilisation de techniques dites psychothérapeutiques foisonnent et les protocoles d'études évaluatives et descriptives ne se comptent plus.

De même, la neuro-imagerie et la pharmacologie s'intéressent aujourd'hui de près au diagnostic et au traitement de ces syndromes psychotraumatiques.

Les grands absents sont les systémiciens. En effet, hormis quelques travaux sur le traumatisme chez l'enfant, où l'implication des familles est usuelle ; hormis quelques initiatives des « psys » de l'humanitaire qui sont confrontés à des traumatismes de masse, les penseurs, mais aussi les cliniciens de l'approche systémique semblent n'avoir que faire de cette lourde problématique. A titre d'exemple, un seul article sur les répercussions des syndromes de stress post-traumatique sur les familles, fut publié dans la revue « *Thérapie familiale* » (3).

Il est vrai que l'événement potentiellement traumatisant est, certes, souvent (mais en plus, pas toujours !) extra-familial (viol, agression, accident...). Est-ce à dire que la famille n'a rien à y faire ? Est-ce à dire que ce traumatisme n'affecte en rien le système, ni les relations interpersonnelles ? Est-ce à dire que la thérapie peut se passer d'une lecture systémique et surtout du support de ceux qui constituent l'entourage de la personne identifiée comme patient par la réalité du traumatisme ? Est-ce à dire que la réalité clinique des troubles psychotraumatiques se résume à un cortège de symptômes qu'il faut traiter, loin de leur contexte d'apparition et de maintien ? Est-ce à dire que le système familial n'a pas à craindre de perturbations lorsque l'un de ses membres souffre des conséquences de l'exposition à un trauma, même si il est extra-familial ? Comme le démontre Prigogine, dans ses travaux sur la thermodynamique du non-équilibre (4) un système n'est jamais statique, mais constamment dynamique, exposé à des oscillations ou des fluctuations. Si ces fluctuations s'amplifient suffisamment, à cause de perturbations intérieures ou extérieures au système, le système arrive à une phase critique définie « bifurcation », au delà de laquelle peut se mettre en marche un changement d'état, dans des directions qui ne sont pas prévisibles a priori. Le symptôme n'est plus considéré comme un élément qui renforce l'homéostasie pathologique du système, mais comme un moment d'extrême instabilité du système, point de « bifurcation » au delà duquel différentes directions sont possibles.

Dès lors, il semble que la mobilisation de la famille constitue un facteur de la plus haute importance. En effet, comme l'écrit Minuchin (5), « c'est un groupe social naturel qui régit les réponses que font ses membres aux inputs provenant de l'intérieur et de l'extérieur. Son organisation et sa structure servent de filtre à



l'expérience des membres de la famille et qualifie cette expérience. Dans bien des cas, on peut considérer la famille comme la partie extra-cérébrale de l'esprit ».

Pourtant, il semble que le postulat en vogue réduise le traumatisme psychique à une symptomatologie qui se développe à cause d'un événement donné, alors qu'il semble bien que ce soit à l'occasion d'un événement, qu'une décompensation voit le jour. Comment, dans le cas contraire, expliquer que certains individus se sortent indemnes, voire grandis d'une expérience de vie extrêmement pénible, alors que d'autres connaissent les enfers parfois pendant fort longtemps, parfois pour toujours ? « Il y a sans aucun doute des raisons qui tiennent aux personnes ; mais l'on doit également prendre en compte la dimension sociale, intersubjective ou culturelle des solidarités qui leurs sont offertes dans une telle situation » (6). Le concept de « autopoïèse » souligne d'ailleurs la dialectique entre l'originalité des individus et le fait que leur réalisation dépend également d'un système favorable à l'évolution de chacun. Or, les victimes vivant dans un système à grande capacité d'adaptation présentent nettement moins de séquelles que celles en présence d'un système vulnérable (7).

La clinique nous incite à penser que le développement de troubles psychotraumatiques s'inscrit le plus souvent dans un contexte pré, péri et post traumatisant (8). De plus, les personnes rencontrées aux urgences ou à la consultation nous montrent que l'on à tort lorsque l'on les définit seulement en terme de pertes liées au trauma, sans tenir compte des ressources intrapsychiques, mais aussi sociales et familiales, dont ils disposent.

Traiter les symptômes psychotraumatiques en se centrant exclusivement sur l'événement pourrait donc bien être une grossière erreur. L'histoire de vie du patient, le mode de structuration familiale, les liens entre l'événement et les représentations individuelles et familiales, les antécédents psychiatriques, ... constituent des facteurs pré-traumatiques à investiguer et travailler au cours du traitement. Les circonstances de l'événement, le contexte dans lequel il survient, les réactions de l'individu, la présence ou non de personnes significatives au moment de la confrontation à l'événement, le stade de vie (professionnel, social, familial) dans lequel la personne se trouve, ... constituent des facteurs péritraumatiques importants pour le devenir. Les ressources disponibles en terme d'aide professionnelle, de support social et familial, la reconnaissance de la gravité des faits par autrui, jusque dans les aspects médico-légaux, la possibilité de travailler avec l'entourage, ... constituent des variables post-traumatiques fondamentales.

Le présent écrit n'a pas pour but d'investir à tout prix un domaine oublié de la pensée familiale et systémique, mais plutôt d'approcher les indications d'une lecture systémique du traumatisme psychique, tant dans ses aspects diagnostiques que thérapeutiques. Davantage qu'un plaidoyer, c'est plutôt le témoignage d'un parcours théorico-clinique, toujours en devenir, construit au jour le jour dans nos rencontres avec les patients et leur entourage. L'idée n'est pas non-plus de dénigrer l'apport des settings thérapeutiques individuels, souvent fondamentaux, mais plutôt de s'interroger sur la complémentarité que peut offrir l'entourage d'une personne en souffrance, dans la prise en charge thérapeutique. Comme le souligne Duss-Von Werdt (9), « la thérapie systémique n'est ni une psychothérapie, ni une sociothérapie, c'est une thérapie qui soigne l'écosystème individuel ». Ainsi, rejoignant l'idée d'Onnis (10), nous dirions que nous sommes invités à explorer les corrélations circulaires entre individu et système, entre niveau synchronique (ici et maintenant)



et niveau diachronique (histoire), entre système soignant et soigné, entre le cycle vital familial et la psychodynamique individuelle.

La dialectique de la souffrance et des ressources :

Dans la préface de « La compétence des familles » (1, op.cit.), Jean-Claude Benoît s'interroge : « Faut-il espérer que du chaos où plonge notre perception clinique naîsse facilement un nouvel ordre au delà du symptôme ? ». Ce chaos perçu par le thérapeute n'est-il pas aussi l'expression même de ce que vit une personne, mais aussi son entourage, lorsque le traumatisme psychique, né de la rencontre avec le réel de la mort, marque son existence ? Le corollaire n'est-il pas de s'interroger si l'individu peut composer avec ce chaos, sans l'appui des siens ou comment l'ensemble du système familial peut retrouver des repères, suite à l'événement qui le déstabilise ? Formulé autrement, on pourrait travailler avec l'entourage à découvrir comment l'instabilité organisatrice engendrée par le trauma, peut être moteur d'une stabilité nouvellement réorganisée.

Et Jean-Claude Benoît d'ajouter : « Comme nous le savons tous, la pratique systémique apporte un optimisme neuf et plutôt aventureux, dans l'ambiance déprimante d'une psychopathologie et d'une sociologie noyées dans la souffrance ou le malheur. Sans les « *a priori* passionnés » de nos « aventuriers », (les psychothérapeutes), comment la carte d'un autre monde possible pourrait-elle se tracer ? ». Cette conception générale de l'originalité de l'apport systémique est particulièrement séduisante. Elle signifie en effet le passage d'une psychopathologie vers une conception de la difficulté en termes de potentialités et d'amélioration. Guy Ausloos a l'habitude de dire que les familles ne se posent que des problèmes qu'elles sont capables de résoudre. C'est sans doute vrai, mais dans le cas particulier des événements de vie auxquels des individus et des familles sont confrontés « malgré eux », peut-on en dire autant ? Nous pensons que oui, tant du moins qu'il y a des individus vivants et ce, tant physiquement que psychiquement. Cela signifie que lorsque l'individu ou la famille est écrasé par un événement, aussi horrible soit-il, et qu'il adhère à une rencontre avec un intervenant thérapeutique, il signifie par là même qu'il subsiste un désir de changement, c'est-à-dire une possibilité de changement. Dans le cas contraire, la personne se replie sur elle-même, sombre dans la maladie mentale ou met fin à ses jours. Or, comme l'écrit Toussignant (11), « la présence d'un rapport de confiance avec l'entourage immédiat est déterminante pour aller chercher le courage de lutter ». La définition en termes de manque, nous dit Jean-Marie Lemaire (12) « peut constituer une forme grave de disqualification des ressources résiduelles et les compromettre, dans la mesure où ne pas les reconnaître représente une atteinte aux liens. L'étayage de la survie à moyen et à long terme ne peut être assuré par l'importation massive d'un savoir ou d'une technique, mais il passe par la reconnaissance, l'activation et l'amplification des ressources résiduelles ». Pour pouvoir réaccorder le temps chronologique et le temps vécu, figé par le traumatisme, il faut sans doute aussi passer du temps immobilisé du diagnostic au temps dynamique de l'évolution potentielle. Au delà donc de la seule lecture de ce que le traumatisme engendre comme perte ou comme manque, il appert qu'il faille s'intéresser à l'importance des liens interpersonnels, à l'importance des ressources liées à l'appartenance individuelle, familiale et sociale. Jorge Barudy soutenait dernièrement que le fait de ne pas tenir compte de la dialectique

souffrance/ressources, c'est enfoncer la personne, la traumatiser secondairement (journée d'étude sur le traumatisme, Louvain-la-Neuve, 2000).

La mobilisation familiale :

1) Les familles dont un ou plusieurs membres souffrent de traumatisme psychique :

Au niveau de la famille, l'accueil des faits constitue, à lui seul, un problème majeur à gérer, l'entourage pouvant rapidement se sentir épuisé par une demande continue d'aide morale. On parle de victimes secondaires. Ce genre de situation semble constituer une bonne indication pour un soutien thérapeutique de l'entourage.

Or, les répercussions conjugales et familiales de ces séquelles post-traumatiques sont trop souvent sous-évaluées (voir infra). Qui plus est, la non-intégration du conjoint ou de la famille dans la prise en charge aggrave encore la détérioration des relations conjugales et familiales (13).

Ainsi, la clinique nous montre, au quotidien que de nombreux patients confrontés à un événement potentiellement traumatisant bénéficient, dans les premières semaines, voire les premiers mois, d'un soutien important de leur entourage familial, professionnel et social. En effet, tout le monde paraît touché par ce que la personne a vécu et est désireux de lui prêter attention, écoute, patience. Tout le monde comprend bien, en effet, que la « victime » soit attristée ou apeurée ou encore irritable. Mais très vite, cet événement va être oublié par l'entourage, alors qu'il risque bien d'être encore bien présent pour l'individu. De plus, la patience va faire place à l'exaspération, devant les symptômes incompréhensibles que la personne présente encore si longtemps après ! Le risque de rejet de la part de l'entourage est alors important, ce qui ne manquera pas de renforcer encore la souffrance et l'isolement de la « victime ». A ce moment là, dans le meilleur des cas, la personne viendra consulter, dans le pire elle éprouvera inlassablement son vécu traumatisant. Pourtant, des ressources étaient manifestement disponibles, mais n'ont pu être utilisées à bon escient. En effet, seule la disponibilité de l'entourage était utilisable, pas ses modalités. Cela signifie que le mode de relation à la personne victime ne reflétait pas le fonctionnement habituel du système familial, qui lui aurait pu être protecteur, voire thérapeutique. Il reflétait seulement un surinvestissement réactionnel à l'événement qui mêlait des sentiments de pitié, de surprotection, de distraction effrénée de la « victime », plaçant celle-ci en situation d'évitement (qui est justement l'un des symptômes principaux du traumatisme psychique), mais aussi en position de passivité, la dépossédant de la possibilité de mobilisation de ses ressources propres pour surmonter sa souffrance. La personne qui avait déjà perdu le contrôle des événements lors du trauma, va ainsi perdre le contrôle sur son cheminement personnel, social et familial.

Pourtant, nous l'avons vu, l'entourage s'était mobilisé de bonne foi et l'on ne peut pas nécessairement évoquer de troubles relationnels préexistant au trauma. Il n'empêche que l'entourage et a fortiori la famille qui partage le quotidien, ne sait quelle attitude adopter. Faut-il inciter la personne à parler de ce qui s'est passé ou surtout pas ? Faut-il la confronter à ses peurs ou la protéger ? A-t-elle besoin de solitude ou d'une présence permanente ? Doit-on l'inciter à reprendre ses activités sociales ou lui laisser le temps de récupérer ? Faut-il la consoler ou la laisser craquer ? Faut-il

tolérer ses sautes d'humeurs ou exprimer ses propres limites ? A-t-on le droit d'exprimer que soi même on est angoissé par ce qui s'est passé, alors que c'est elle qui a souffert ?

Voilà quelques-unes des questions que se pose l'entourage et qui ne peuvent s'exprimer qu'au cours d'un entretien avec un tiers. Dans la majorité des cas, en effet, ces questions sont restées sans réponses, par manque d'interlocuteur. L'entourage, mais aussi la « victime » va donc mettre à profit la rencontre avec le « spécialiste » pour aborder ce qui est resté tu. Il va sans dire qu'il n'y a pas de réponses toutes faites et qu'il n'appartient pas à l'intervenant thérapeutique de limiter son intervention à de la psychoéducation. Simplement, nous voulons dire par là que la rencontre en famille, avec le thérapeute, peut devenir l'occasion que des ébauches de solutions émergent de la circulation de l'information, la famille apprenant en même temps qu'elle énonce. Cela implique que « l'attention est plutôt portée sur le changement du système thérapeute-client, que sur la résolution d'un problème du système des clients à l'aide de techniques introduites de l'extérieur par le thérapeute » (14). Ausloos (1, op.cit.) énonçait à ce propos le postulat de l'information pertinente : « l'information pertinente est celle qui vient du système pour y retourner ». Pour diminuer l'entropie d'un système, dit-il, il faut apporter de la néguentropie, c'est-à-dire, pour les systèmes humains, de l'information. Il faut que cette information soit pertinente. Elle ne peut donc être qu'une information concernant le système, c'est-à-dire venant de la famille pour y retourner et y être utilisée. Le lieu de la consultation permet alors que soit éprouvé de nouvelles modalités d'interactions qui n'auront de sens que si elles ont des prolongements dans le quotidien. Ainsi, comme le dit Onnis (4, op. cit.), ce sera au système de « créer » lui-même les formes et les directions, tout-à-fait imprévisibles de son propre changement.

En outre, les caractéristiques de l'événement ainsi que les symptômes psychotraumatiques bien réels que peut présenter la « victime » risquent bien de compromettre son rôle dans la famille et par la même de mettre en péril toute la structuration familiale. Rappelons avec Watzlawick et ses collaborateurs (15) que « les liens qui unissent les éléments d'un système sont si étroits qu'une modification de l'un des éléments entraînera une modification de tous les autres et du système entier ». Les jeux relationnels complexes qui ont mené une famille à se structurer de telle ou telle manière de façon à obtenir un fonctionnement adapté peuvent, en effet, être complètement perturbés.

Tel ce père italien et ses deux enfants qui se promènent à vélo un dimanche. Décidant d'aller vérifier la pression des pneus, ils font halte dans une station service où un chauffard passe à deux doigts d'un des enfants. Le père interpellera le chauffard qui le mettra KO en moins de temps qu'il ne faut pour le dire, devant les yeux ébahis des deux enfants. Consultant individuellement pour des séquelles psychotraumatiques que lui seul présente, le père acceptera de venir à un entretien ultérieur avec toute sa famille. Notre motivation première était de voir les deux enfants également présents le jour de l'incident, plutôt que d'imaginer que le noyau de la souffrance de l'ensemble de la famille était en lien à la place du père protecteur dans la famille. Ce n'est pas ici l'agression en elle-même qui a constitué, pour la famille, une souffrance importante, mais bien le fait que celle-ci était depuis lors déchirée par l'absence d'un père capable de se défendre et de défendre ses enfants et son épouse : ses enfants se moquaient de lui, jouaient à la boxe, contestaient son autorité ; sa femme méprisait sa lâcheté,

comme lui même se la reprochait. Seul un entretien familial permit, au terme d'une discussion houleuse de développer les thèmes de l'autorité, du machisme italien, de la violence, ... bref, de tout ce que cette famille avait à reconstruire ensemble comme valeur d'éducation, après que deux malheureux coups de poings aient brisé les représentations d'antan. La souffrance familiale ne se substituait point au vécu traumatique de Monsieur, mais compliquait celui-ci, entravant la bonne marche de la psychothérapie.

Mais la souffrance vécue par l'entourage familial peut également être compliquée par la reconnaissance ou l'attribution du statut de « victime » ou de malade, à la personne qui semble la plus touchée. Ainsi, la situation clinique d'un frère et d'une sœur, confrontés à un événement traumatique.

C'est le début des vacances d'été et Cécile (15 ans) et son frère Tom (16 ans) ont deux mois devant eux. La marraine de Cécile ayant déserté sa villa pour partir en vacances, Cécile et Tom décident de s'y installer pendant son absence. La première nuit, trois malfrats s'introduisent dans la maison qu'ils pensent vide. Découvrant les deux adolescents, ils font preuve d'une grande violence à leur égard. Ils ligotent Cécile et Tom et les séquestrent dans deux pièces voisines. Pendant que deux malfaiteurs vident la maison de son contenu le troisième viole Cécile et la menace de mort. Après le départ des bandits, Cécile et Tom devront attendre longtemps avant qu'on ne les découvre. La police ayant fait appel au service d'ambulance, les deux adolescents seront admis dans notre service d'urgence au petit matin, accompagnés de leurs parents.

D'emblée, Cécile sera identifiée comme la plus touchée, étant donné qu'elle a été violée. Après le premier entretien, les parents signifieront d'ailleurs qu'ils ne souhaitent pas participer aux entretiens ultérieurs. Un deuxième entretien réunissant la fratrie leur fera redire que seule Cécile a besoin d'aide et que Tom, lui, ne viendra plus non plus aux entretiens, se sentant déjà beaucoup mieux. Cécile souhaite par contre un accompagnement psychologique individuel.

Durant les semaines qui vont suivre les symptômes anxieux et la répétition traumatique de Cécile vont s'améliorer graduellement. Par contre, elle s'inquiète fort pour les autres qui s'inquiètent pour elle. « Je suis obligée d'aller mieux pour les rassurer, ils ne me laissent plus rien faire seule et me demandent sans cesse si ça va. Mon frère est devenu mon garde du corps ». Au terme d'une dizaine d'entretiens, Cécile décide d'ailleurs d'interrompre le suivi étant donné qu'elle se sent mieux. La famille refuse de venir à l'entretien de « clôture », alors que cela avait été prévu comme ça. Par contre, ils chargent Cécile de nous remettre un petit cadeau pour nous remercier de notre aide.

Un an plus tard, Cécile se représente au service des urgences amenée par son père qui s'inquiète d'une recrudescence symptomatique importante ces derniers jours, qui prend la forme d'attaques de paniques intenses. L'hypothèse de crise est évidente : un non-lieu a été prononcé à l'audience du tribunal, les auteurs n'ayant pas été retrouvés. De plus, une copine de classe de Cécile vient d'être victime d'un cambriolage.

C'est le père qui accompagne Cécile, mais il demande qu'un suivi individuel soit remis en route. Adoptant la position basse, nous énonçons qu'il y a peu de chance qu'un

éventuel succès thérapeutique dure plus longtemps que la fois précédente. En effet, des événements rappelant l'agression, il risque bien d'y en avoir encore. Nous demandons donc l'aide de la famille pour aider Cécile. Nous rencontrons de grandes réticences, mais finalement les parents sont d'accord, puisque c'est pour aider Cécile. Par contre, Tom refuse catégoriquement de venir. Nous acceptons la formule, mais demandons qu'ils fassent ensemble un compte-rendu des séances à Tom. Ils acceptent. Voici un extrait du premier entretien que nous avons ensemble et qui reflète un moment clef :

Question à Cécile : « Qu'est-ce qui fait que vos parents s'inquiètent et vous suggèrent de revenir nous voir ? ».

Céline : « Mes parents pensent que je vais très mal, mais en fait à part la crise de l'autre jour, je vais plutôt bien. En fait, je crois que c'est eux qui vont mal ».

Question au père, qui a amené Cécile la fois précédente : « Que croyez-vous qu'elle veuille dire par là ? ».

Le père, qui élude la question : « C'est vrai que depuis un an cela allait plutôt bien, mais il a suffit d'un événement pour que ça replonge ».

Question au père : « Et quand elle dit qu'elle croit que c'est vous et votre épouse qui allez mal, que veut-elle dire ? ».

Le père, se dérobant : « En fait, c'est vrai que ma femme est dépressive depuis l'agression. Elle avait déjà fait des dépressions et ça a recommencé ».

La mère, se défendant : « Mais toi aussi, tu as vieilli de dix ans ! ».

Cécile : « Et mon frère, je l'entends souvent pleurer dans sa chambre, mais il me dit que ce n'est pas vrai ».

Question à la mère : « Madame, que veut dire votre mari quand il dit que vous êtes dépressive depuis l'agression ? ».

La mère : « Je pense qu'il veut dire qu'on ne s'est jamais pardonné de n'avoir pas été là pour protéger nos enfants ».

La suite de l'entretien, ainsi que le suivant va s'axer autour des thèmes de la protection et de la culpabilité. Personne n'a pu protéger Cécile, ni ses parents, ni son frère, ni la police, ni la justice. Personne, non plus n'a pu protéger Tom. Personne n'a protégé les parents et le frère de la terrible culpabilité qu'ils ressentent envers Cécile. Seule Cécile a pu protéger les autres en allant mieux et continue manifestement à le faire en banalisaant sa « nouvelle crise ».

Réabordant le refus de venir en famille un an plus tôt, que les parents se reprochent aujourd'hui (puisque Cécile a rechuté et que nous sollicitons à nouveau leur aide), nous connotons positivement ce refus, en lien avec notre thème de la protection, si longuement abordé. Ils constituent une famille unie où tout le monde s'inquiète pour tout le monde, mais pas pour soi-même. Dès lors :

- Le père ne veut pas pleurer devant ses enfants puisque c'est eux qui ont des raisons d'aller mal, pas lui.
- La mère ne veut plus parler de l'agression parce qu'immanquablement Cécile pleure et son frère se met en colère.
- Cécile veut bien venir aux entretiens individuels pour rassurer les trois autres qui pensent (savent ?) que c'est bon pour elle.
- Tout le monde a donc bien rempli son rôle de protection (réhabilitation de la protection manquant le jour de l'agression ?).

Seules les motivations du frère nous sont inconnues. Cécile veut tenter une interprétation mais nous l'arrêtions : on ne va pas parler à la place des absents.

A la séance suivante, le frère est là. Il s'excuse, dit qu'il a eu tort, qu'il aurait dû venir puisqu'il constate que sa famille va mieux. « On a reparlé de l'agression avec moins d'émotion qu'avant et celle-ci a été gérée en famille. On s'est embrassés, consolés, on a même ri ». Nous nous réjouissons de cette nouvelle mais déplorons qu'il se reproche son refus de venir en séance. Maintenant qu'il est là, nous demandons, dès lors, à Cécile de nous aider à expliquer cela à son frère. Puisqu'il est présent, elle peut maintenant faire part de son interprétation quant au refus de son frère de venir. Ils rient tous les quatre : ils en ont déjà parlé à la maison. Nous demandons à Cécile de nous en faire part.

Cécile : « C'est un peu un mélange de nous trois. Il se sentait coupable d'aller mal, alors qu'il pensait que j'avais vécu pire que lui. Or moi, je n'ai pensé qu'à lui pendant l'agression. J'avais peur qu'ils l'aient tué parce que je ne l'entendais plus. Heureusement que je pensais à lui, ainsi je souffrais moins pour moi. C'est pour ça qu'il est venu aujourd'hui : on a pu se dire que l'on souffrait pour l'autre, mais aussi pour soi ».

Nous avançons alors : « Peut-être que dans une famille unie comme la vôtre, on souffre tous quand quelqu'un va mal. Mais peut-être que cela permet à chacun de ne porter qu'un quart de la souffrance ? ».

Le père : « Oui, a condition que l'on en parle aux autres. Sinon on porte tous tout, dans son coin. Et ça c'est du gaspillage ».

A la lumière de ce qui précède, il appert que la famille a éprouvé une nouvelle modalité de communication intrafamiliale qui lui a permis de sortir de l'isolement dans lequel la culpabilité de chacun les maintenait. Chacun peut aujourd'hui parler de sa souffrance, les jours où elle refait surface, sans craindre de « retourner le couteau dans la plaie » ou de n'avoir pas le droit à cette souffrance. Sans cette lecture globale, au niveau de la famille, Cécile n'aurait jamais pu crier sa souffrance autrement que par l'expression paroxystique de son anxiété et aucun des trois autres n'auraient pu associer sa souffrance à l'agression, de peur de déposséder Cécile de son statut de « la plus victime de tous ». Néanmoins, il aura fallu une rechute et la définition des entretiens familiaux en « pour Cécile », pour aller dans le sens du fonctionnement habituel de cette famille, dont les finalités collectives dépassent les finalités individuelles. En effet, depuis l'agression la culpabilité de chacun contrecarrait ce fonctionnement habituel, puisque chacun décompensait et cherchait des solutions « dans son coin ». Sans cette nouvelle crise, véritable moteur de changement, cela n'aurait pu être perçu par aucun d'eux.

Le cas clinique suivant traite également des conséquences de la reconnaissance ou de l'attribution d'un statut de victime ou de malade, mais avec des modalités différentes.

Jacqueline à 16 ans, sa sœur Anne en a 14. Elles vivent toutes deux avec leurs parents qui n'ont jamais fait de différences entre les deux sœurs, pas plus que les grands parents qui cajolent et gâtent leurs deux petites-filles sans distinction aucune. Elles partent toutes deux en vacances en Espagne, emmenées par un autocar. Elles dorment paisiblement lorsque l'accident survient, d'une violence extrême. Au milieu des victimes et des débris, Jacqueline tâtonne pour s'extraire de la carcasse. Elle s'en sortira avec quelques égratignures. Sa sœur Anne est plus sévèrement touchée ; elle sera transportée d'urgence à l'hôpital le plus proche. Le lendemain, les parents des deux sœurs arrivent à l'hôpital. Ils entrent en trombe dans la chambre d'Anne que veille sa sœur Jacqueline. Ils n'ont pas un regard pour Jacqueline, lorsqu'ils se



précipitent au chevet de la blessée. Lorsqu'Anne sera rapatriée en Belgique, ses grands-parents la combleront de cadeaux. Jacqueline la chanceuse ne recevra rien du tout. Tout le monde ne parlera que de l'accident d'Anne.

Cinq ans plus tard, après un soutien psychologique individuel (échecs scolaires répétitifs, syndrome de répétition traumatique, phobie des transports), des séances de kinésithérapie pluri-hebdomadaire (lombalgie invalidante) et un traitement anxiolytique et antidépresseur important, Jacqueline nous sera adressée. Sa sœur Anne se porte comme un charme, tant physiquement que psychologiquement. Jacqueline n'a jamais digéré d'avoir eu de la chance comme disent les autres, ni d'avoir été négligée par ses proches. Elle se sent coupable de n'avoir pas porté assistance à sa sœur cadette blessée et ne peut admettre que d'autres soient morts là où elle a survécu. Les reviviscences de Jacqueline portent exclusivement sur les scènes de l'hôpital et du retour au pays décrites ci-dessus, jamais sur l'accident en lui-même.

L'invitation à venir en famille surprendra Jacqueline : jamais personne n'a proposé cela. Après réflexion, elle corrige disant qu'à l'époque où elle a commencé à aller mal, juste après l'accident, elle est allée consulter seule, à pied, dans un centre de planning familial. Ses parents devaient, en effet, conduire sa sœur partout, celle-ci ayant marché avec des béquilles pendant de longs mois. Aujourd'hui, c'est elle que l'on conduit, ses lombalgies la faisant atrocement souffrir, sa phobie des transports lui interdisant l'accès aux transports en commun. Jacqueline identifiera rapidement le lien entre l'attitude de ses proches et le développement de ses troubles. Elle réinvestira ses relations familiales sur d'autres modes que ceux de la plainte et de la maladie, provoquant admiration et louanges (présentation officielle de son petit ami, annonce de son inscription dans une école supérieure et projet de repartir en car avec ses proches pour « exorciser le mal » (sic)). Plainte de tous depuis que sa sœur va mieux, aujourd'hui admirée, elle s'estimera suffisamment vengée (sic) et s'améliorera rapidement, non sans avoir refusé d'inviter sa famille à participer aux consultations. Elle ne voulait pas que l'on puisse croire qu'elle avait « fait du cinéma » (sic) si on reparlait de tout cela en famille. Nous lui avons alors demandé si elle pensait avoir « fait du cinéma » pendant toutes ces années. Elle nous répondit : « Non, mais je n'ai pas de cicatrices pour le prouver ».

Cette situation clinique n'est pas exemplaire de notre propos, puisqu'elle renvoie à un refus de mobilisation familiale. Pourtant, le nœud central était bien en lien à une modification des relations intrafamiliales entraînée par l'occurrence d'un événement extra-familial. De plus, gageons que l'implication des quatre protagonistes de la famille nucléaire et même des grands-parents, précocement menée, eu peut-être évité de grandes souffrances à Jacqueline et sa famille.

1-a) Au delà de la psychopathologie, les conséquences matérielles ...

Mais il est une autre conséquence du traumatisme psychique, souvent tout aussi tenace, qui n'est que rarement évoquée dans la littérature ou dans les développements théoriques bardés de graphiques, qui réifient le sujet et sa souffrance. Il s'agit de l'impact socio-économique, des altérations professionnelles importantes qui changent radicalement le cours de la vie d'une famille. Comme le processus du domino, gagné par la contagion, l'effondrement recouvre progressivement toutes les zones de la réalité. Une personne qui vivait en couple



avec ses enfants, ayant un travail et sans problèmes sociaux, peut se retrouver sur le point de se clochardiser (16).

Ainsi, ces nombreux convoyeurs de fonds ou agents de sécurité que nous avons vus défiler aux urgences et à la consultation et qui n'ont jamais pu accepter de retourner « au casse-pipe », après avoir essuyé les tirs des malfaiteurs. Combien d'entre eux n'ont pas été licenciés, alors même que le lien de cause à effet entre l'accident de travail et le refus de reprendre leurs fonctions était établi ? Combien ont aujourd'hui obtenu des taux d'invalidité et d'incapacité ridicules, eu égard au handicap social et psychologique qu'ils vivent au quotidien ? Combien d'entre eux n'ont pas maudit le ciel de ne pas leur avoir arraché une jambe ou crevé un œil au cours de l'agression, pour être considéré comme de vrais blessés (sic) ? Comment une famille se réorganise, dès lors qu'un des piliers nourricier n'est plus en mesure d'assumer ses fonctions ? Comment une famille surmonte une diminution radicale des revenus ou l'absence d'une mère au foyer qui a dû se remettre à travailler ? Comment un couple vit-il que les rôles qu'ils s'étaient aménagés au fil du temps, se trouvent inversés brutalement, par nécessité ? Peut-on imaginer qu'un équilibre familial puisse ne pas être ébranlé, lorsque l'un de ses membres est en souffrance physique, psychologique, mais aussi sociale ? Pourquoi, dès lors, attendre que ces familles consultent pour les problèmes familiaux que nous systémiciens nous connaissons bien, alors que c'est bien souvent le spectre d'un traumatisme qui se cache en arrière plan du nouveau problème posé ? Nous postulons qu'il est plus rentable, dans l'économie familiale, d'aborder ensemble, précocement ces problèmes, même si a priori, un seul membre de la famille a vécu un événement et en souffre.

Comme le soulignait Michel De Clercq et ses collaborateurs, (17) : « Dès la prise de conscience du traumatisme ou de l'agression, il est donc essentiel d'interpeller le conjoint ou les parents et, dès le début, d'envisager avec eux l'imminence de l'apparition de ces séquelles post-traumatiques, de les conseiller, au même titre que la victime, sur la façon de les aborder et sur l'intérêt d'entamer le dialogue avec un spécialiste qui pourra les aider à affronter leurs difficultés ultérieures ».

C'est dès après le traumatisme que cette alliance doit être négociée. Dans ces circonstances, très souvent, cette alliance sera importante et permettra par la suite d'aménager un espace thérapeutique et un suivi qui évitera la plupart du temps des séquelles psychologiques graves ultérieures (18).

1-b) Le cas particulier des couples dont un des partenaires souffre de traumatisme psychique :

Au niveau des couples, il n'est pas rare non plus, que le vécu traumatisant d'un des deux perturbe, parfois gravement, les relations conjugales. La première difficulté tient aux symptômes liés à l'activité et au plaisir sexuels du partenaire traumatisé et ce, particulièrement dans les situations de violences sexuelles. Dans ce cas particulier, les cas de divorces et de séparations sont légions puisque selon Nadelson et ses collaborateurs (19), 50% des couples se séparent dans les trois ans qui suivent le viol d'un des partenaires. Outre la difficulté pour la « victime » d'envisager à nouveau des relations sexuelles libres et consenties, des auteurs comme De Clercq (20) soulignent l'importance de la crise psychologique que vit le partenaire qui peut « se blâmer et se sentir coupable du viol, ayant l'impression d'avoir échoué dans son rôle protecteur ». Il semble donc que le conjoint doive avoir aussi une place où il peut faire part de son désarroi, des questions qu'il se pose, afin que puisse être abordé



comment le couple va pouvoir affronter cette problématique, ensemble. Le développement de séquelles psychopathologiques, l'isolement social de la victime, la perte de son activité professionnelle et les phénomènes d'évitement phobique vont, en effet, avoir un retentissement important sur la vie affective et sexuelle de ces patients. Les qualités des relations au sein du couple et même avec les enfants, vont s'en trouver altérées. De plus, nous avons vu que dans de nombreuses situations, ces problèmes amènent tôt ou tard des séparations, voire des divorces, ce qui va encore aggraver l'isolement social de ces victimes.

L'abord de ces questions, lors d'entretiens de couple semble donc davantage indiqué que dans des settings individuels, même si les deux conjoints en bénéficient séparément. Cette tendance à avoir « chacun son psy », fort courante quand le conjoint souffre de traumatisme psychique, montre d'ailleurs bien les répercussions plus large que celles attendues chez la seule « victime ». Cela dépasse d'ailleurs le cadre conjugal, puisque des auteurs ont retrouvé des séquelles familiales identifiables plus de trois ans après un viol. Ces séquelles concernaient tant le fonctionnement familial, que le mode de relations entre les membres de la famille, ou même des séquelles psychotraumatiques individuelles (anxiété, phobies,...) (21). Cela ne doit pourtant pas minimiser l'impact individuel du traumatisme psychique. Ainsi, si des répercussions sur l'ensemble du système familial nous semblent pertinentes à investiguer, la souffrance de l'individu face à ce qu'il a vécu reste évidemment bien réelle. L'intégration du conjoint ou d'autres membres de la famille ne devrait donc ni être systématique, ni exclusive d'un éventuel travail thérapeutique individuel, entrepris en parallèle. Il s'agirait plutôt de s'offrir des armes supplémentaires, de rechercher des potentialités et des ressources partout où il y en a.

2) Les familles dont un membre décède brutalement :

La question du deuil d'un proche dépasse largement le cadre de ce article. Néanmoins, il est des situations où le deuil brutal d'un membre de la famille se complique d'un vécu traumatisant en lien aux circonstances du décès. C'est ce cas particulier que nous évoquerons ici.

Comme dans le cas des traumatismes psychiques qui touchent un membre d'une famille il nous semble que la proposition d'entretiens familiaux ne doit pas être exclusive d'un soutien individuel, si l'un ou l'autre membre de la famille le souhaite. Il va sans dire qu'un même thérapeute ne peut à la fois travailler le deuil individuel et le soutien de la famille dans le processus de deuil. Si un lieu individuel est nécessaire ou souhaité, il faut en effet qu'il soit indépendant du système thérapeutique dans lequel la famille est engagée, afin que des loyautés ne perturbent pas le désir de s'exprimer, de réfléchir sur soi et de co-construire avec un thérapeute individuel une alliance thérapeutique qui pourra être un moteur de changement.

Pourtant, la mobilisation de la famille peut aider les membres survivants à se restructurer une fois que les circonstances de la vie ont radicalement modifié leur organisation systémique, en leur enlevant un proche. Le deuil, au-delà de la souffrance individuelle qu'il engendre, constitue en effet une phase du cycle vital importante dans l'histoire d'une famille. A nouveau réunis, pour parler du disparu, les proches peuvent partager leurs éprouvés subjectifs et aborder les interrogations qui les assaillent, afin d'œuvrer à l'unité de leur famille en voie de réorganisation. La

présence d'un tiers et d'un lieu tiers peut favoriser ce processus, rendu difficile dans certaines familles par la culpabilité et la peur de faire souffrir l'autre davantage. Cela plaide également en faveur d'implications ponctuelles, voire uniques de l'entourage, dans certains moments clef de l'intervention thérapeutique. Cette ressource, souvent précieuse, ne préjuge, en effet, pas nécessairement de l'installation d'un setting thérapeutique au long cours. Ce fut d'ailleurs le cas dans une autre situation clinique où la réunion de toute la famille n'eut lieu qu'une seule fois, ce que le patient croyait impossible.

Il s'agissait d'un jeune homme, consultant suite au décès accidentel de son épouse, fauchée par une voiture devant ses yeux et littéralement déchiquetée par celle-ci. Un accompagnement individuel avait été entamé à la demande du patient. Très vite, celui-ci sombra davantage encore qu'après le décès, se sentant abandonné et incompris de sa propre famille et de celle de sa défunte épouse. Une idéation suicidaire importante apparut et des projets explicites de suicide se profilèrent. Lui faisant part de notre inquiétude devant la dégradation de son état, nous demandâmes des garanties nous permettant de continuer avec lui le suivi en ambulatoire, plutôt que d'envisager une hospitalisation en psychiatrie. Il nous demanda d'être plus explicite. Nous évoquâmes alors la possibilité qu'il nous présente un « allié », qui se porte garant, en quelque sorte. Peu convaincu, il nous cita le nom de son père, chez qui il se rendait ce week-end là. Nous lui demandâmes donc de venir la fois suivante avec son allié et tous ceux que son allié jugerait bon de considérer comme des alliés potentiels. Le patient vint donc avec son père et sa belle-mère, mais fut surpris de retrouver, dans la salle d'attente, l'une de ses grands-mères, ainsi que ses beaux-parents et sa belle-sœur. Son meilleur ami n'ayant pu se libérer, il avait confié un petit mot au père du patient, l'assurant de son soutien. Cette mobilisation bouleversa notre patient aussi intensément qu'elle nous étonna. En effet, depuis de longues semaines il nous décrivait sa solitude et le désintérêt des siens. Il avait fini par nous convaincre de l'inexistence de ressources relationnelles mobilisables. La suite de l'accompagnement psychologique, toujours en individuel, resta néanmoins imprégnée de ces ressources inépuisables qui s'étaient mobilisées spontanément et sur lesquelles le patient savait désormais pouvoir compter.

3) Les familles entières touchées par un traumatisme :

Le problème le plus épineux, lorsque l'entièreté d'une famille est exposée à un événement potentiellement traumatisant, tient au fait qu'un des membres ait une responsabilité réelle ou fantasmée dans l'occurrence de l'événement. Ainsi en est-il, par exemple, de situations cliniques d'accidents de la circulation ou d'incendie d'habitation familiale. L'intrication de cette responsabilité, à la lourdeur des séquelles psychotraumatiques, mais aussi avec l'histoire prétraumatique de la famille rend ces prises en charges délicates, parce que à haut facteur de risque d'explosion du système familial. En effet, on note fréquemment la réactualisation de conflits intergénérationnels ou conjugaux, à l'occasion d'un trauma familial. Le contexte du traumatisme devient alors utilisable pour endosser des fonctions ou des rôles qu'on ne pouvait endosser en d'autres temps, voire pour remettre en question des règles explicites ou implicites, indiscutables jusqu'alors. Dans ce contexte particulier, la prise en charge familiale s'impose, puisque la lecture en individuel d'une symptomatologie à traiter ferait fi de son contexte d'apparition et de maintien et de ses enjeux systémiques. Voilà encore l'une des indications qui peut se dessiner



lorsque l'on invite l'entourage d'une personne, alors que la demande première était individuelle.

Si le traumatisme qui touche une famille entière est ainsi « compliqué » par une organisation systémique prétraumatique, cela constitue également une ressource inestimable qu'il convient de mobiliser. Cette ressource fondamentale est constituée par les liens qui unissent les membres d'une famille et qui les implique automatiquement dans un « ensemble ». Or c'est cette notion de « faire ensemble » qui me semble recherchée lorsqu'une famille est invitée ou se présente à une consultation.

4) La mobilisation de l'entourage non-familial :

Dans certaines situations, la mobilisation de l'entourage familial peut s'avérer impossible ou se heurter au refus catégorique du patient. Dans d'autres situations, il appert que la mobilisation de l'entourage familial puisse être contre-indiquée, soit parce que la dynamique familiale contribue à renforcer la souffrance du patient identifié, soit parce que la mobilisation de l'entourage non-familial (social ou professionnel) semble être une ressource davantage appréciable. Ce point sera bien sûr discuté dans le paragraphe suivant, consacrés aux intervenants professionnels confrontés à des événements potentiellement traumatisants, de par la nature même de leur activité (SAMU, police, gendarmerie, pompiers...). Néanmoins, cela peut s'indiquer dans d'autres situations, notamment celles où une agression est vécue sur le lieu de travail, même si cette situation n'est pas inhérente aux tâches demandées aux travailleurs. C'est le cas, par exemple, des chauffeurs de transports en communs, agressés par des voyageurs ou encore des employés de banque victimes de hold-up. Dans le premier cas, nous avons affaire à une « victime » unique, dans le second, à des « victimes » multiples.

La mobilisation d'un collègue ou d'un supérieur hiérarchique s'est avéré intéressant dans l'une ou l'autre agression de chauffeurs, choqués tant par les aspects liés directement à l'agression (menace pour sa vie, angoisse de retour au travail...), que par rapport au rôle joué par l'entreprise (économie sur les budgets sécurité...). La mobilisation de l'entourage professionnel a ainsi permis d'organiser les modalités de retour au travail, mais aussi d'assurer à la « victime », la reconnaissance de la gravité des faits et le soutien de l'institution pour laquelle il travaille.

4-a) Les intervenants professionnels et leur entourage :

« Alors que les victimes se confient préférentiellement à leurs proches, les intervenants semblent rechercher un support parmi leurs collègues » (22).

La mobilisation du système professionnel via les collègues, les supérieurs, semble ainsi constituer une ressource plus indiquée que la mobilisation de l'entourage familial. Il y a donc intérêt à s'appuyer sur le groupe et sur le soutien mutuel, du moins dans la première phase de l'intervention, juste après la confrontation d'un professionnel à un événement potentiellement traumatisant.

Aujourd'hui, on ne conteste plus le fait que des intervenants de première ligne puissent être atteints par la biais de certaines interventions stressantes, ce qui peut



avoir des retombées sur leur vie sociale, mais aussi sur leur santé physique et mentale (23). La mobilisation de l'entourage professionnel pour un intervenant unique, touché par un vécu stressant voire traumatisant, rejoint l'idée exposée dans le paragraphe précédent, par rapport à la question des modalités de reprise du travail (sur qui pouvoir compter si « ça ne va pas », quel allié se ménager pour affronter les interventions futures, quel soutien peut-on attendre de l'équipe...), mais aussi de la reconnaissance de l'institution, par rapport à ce qui vient d'arriver. Le collègue ou le supérieur peut ainsi être reçu au cours d'un entretien avec le travailleur qui consulte, mais aussi (ce qui est plus fréquent) lui accorder un temps téléphonique pour débattre des modalités d'accueil du travailleur qui reprend son poste, ou d'un rite attestant que le service « marque le coup ». Ainsi, il n'est pas rare qu'après un événement douloureux touchant une équipe ou un individu, les responsables organisent un temps où l'on se rassemble en une cérémonie quelconque, voire même pour faire la fête.

4-b) A propos de l'implication émotionnelle du thérapeute dans la rencontre avec l'horreur :

L'implication du thérapeute dans le système thérapeutique, moteur d'un nouvel élan de la pensée systémique depuis la seconde cybernétique, nous apprend la richesse de l'autoréférence et ses dangers, dans le processus qui vient en aide à la famille avec laquelle nous co-construisons un espace thérapeutique, à partir duquel le changement peut émerger. Le thérapeute est donc actif dans un système dont il fait néanmoins partie. Cette conception implique que le thérapeute ait quitté sa position de savoir, mais aussi de neutralité et de séparation par rapport au système-client. Dès lors, au delà de ces préoccupations centrées sur le « bien-être » du système-client, il semble néanmoins qu'il manque la lecture des retombées de la rencontre thérapeutique sur le thérapeute. Cela nous semble d'autant plus vrai dans les situations de traumatismes graves où l'horreur du récit relaté par le patient et son entourage, risque bien de glacer d'effroi l'écoutant. René Kaës (24) s'interroge sur les « conditions psychiques » qui permettent au thérapeute d'écouter. Il dit : « Sur quel étayages peut-il s'assurer et soutenir la patience de l'écoute ? Que faire de ses résistances, de ses refus d'entendre, de la culpabilité d'entendre, mais aussi de ce que l'on pourrait appeler la fascination de la catastrophe, la jouissance de la catastrophe ? Dans ces conditions, n'y a-t-il pas nécessité de mettre en travail un dispositif d'écoute des écoutants ? ». Eu égard à notre expérience clinique et à la difficulté d'intégrer certains récits, notamment touchant au décès de l'enfant, nous soutenons aujourd'hui qu'il en va de la santé mentale et physique des « écoutants » de reconnaître leur propre vécu émotionnel dans la rencontre indirecte avec le traumatisme d'autrui et de mobiliser, seul ou en bénéficiant d'aide, leurs propres ressources. Ausloos ne soutient-il pas depuis toujours que c'est le confort du thérapeute qui prime et qu'il y a lieu de s'y intéresser en priorité si l'on veut avoir une chance d'être aidant, dans le processus thérapeutique.

Conclusion :

Le postulat de départ rejoignait l'idée que même si un événement extra-familial touche un individu, l'interpellation de l'entourage pouvait s'avérer être une démarche pertinente, dans les limites de certaines indications, soutenant que l'on ne vit pas

isolé dans son propre univers, mais qu'il existe toujours quelques interactions entre une personne et le monde extérieur (25).

De même, l'évaluation du traumatisme psychique en termes de pertes ou de déficiences, devrait aussi être complétée par les disponibilités en termes de ressources individuelles, sociales et familiales. On n'est, en effet, pas seulement une « victime », même lorsque l'on a vécu une expérience terrible, on reste aussi toujours, bien d'autres choses, ne serait-ce que parce que l'on est vivant, voire même survivant. Réifier le concept de « victime » en le transformant en identité stable de l'individu, représente un risque majeur qui tend à figer l'individu dans tout ce que le trauma lui a pris, oubliant ce qu'il lui a laissé.

Dès après la confrontation à l'événement potentiellement traumatisant, une intervention professionnelle devrait se mettre en place, mobilisant les ressources individuelles, sociales et familiales, dans une visée prophylactique. Néanmoins, cette intervention précoce doit se co-construire en fonction de la clinique et non pas d'un protocole d'intervention standardisé. La rencontre avec un sujet en relation et non pas avec une identité de « victime » ou une pathologie prédéfinie se doit donc de rester la priorité absolue de ce type d'intervention, seule garante « d'au moins ne pas nuire ».

La clinique a montré des indications, mais aussi des limites ou des dangers dont il faut tenir compte lorsque l'on mobilise l'entourage familial ou non-familial, que l'on soit confronté à une famille dont l'un ou l'autre membre souffre de traumatisme psychique ; au deuil brutal d'un membre d'une famille, ou encore à une famille entière touchée par un vécu traumatisant. Il en va de même pour les intervenants professionnels, confrontés au stress, voire au traumatisme, dans le cadre de leurs interventions.

L'intérêt d'une analyse complète du contexte entourant la demande est également évoqué, partant du constat que des souffrances attribuées à un vécu traumatisant peuvent n'être que le reflet d'autres problématiques plus larges.

Dès lors, l'implication de l'entourage familial et extra-familial dans l'abord thérapeutique des troubles psychotraumatiques ne va donc pas de soi. Elle procède d'indications précises, indispensables à évaluer. Utilisée à bon escient, elle permet toutefois de mobiliser des ressources systémiques importantes. Dans cette optique, l'on tend à favoriser la reprise de contact entre l'individu, la famille et l'environnement, en passant par le réaccordement de la dissonance entre le temps chronologique et le temps vécu, par la reprise des activités interrompues par le trauma, par l'assurance de son statut d'être vivant en relation qui a, certes vécu une chose terrible, mais qui continue à être à côté de cela autre chose qu'une « victime » à plaindre, autre chose qu'un malade à soigner, mais aussi autre chose qu'un objet trop rempli, qu'il suffit de vider de son contenu, par le simple récit factuel, pour le rendre à nouveau utilisable.

Enfin, ce mode d'approche ne renie en rien l'intérêt des thérapies individuelles, dans le cadre du traumatisme psychique ; il le complète plutôt en axant la mobilisation des potentialités et des ressources, dans un spectre le plus large possible, tenant compte à la fois de l'individu et des systèmes. Ce postulat intégratif rejoint ce que Crocq (26) théorise lorsqu'il écrit que « l'on conçoit aisément que le tempérament, le caractère,

les conflits anciens, les habitudes acquises, le mode coutumier de réagir, l'état physique et mental du moment, la réceptivité à l'environnement physique, l'engagement dans le réseau des relations interpersonnelles vont combiner leurs effets pour moduler la manière dont l'événement va être vécu et déterminer une réponse – à court et à long terme – propre à la personne singulière. Cette réponse peut être « allostérique », par modification de l'environnement, ou « autoplastique », par modification du psychisme et de la biologie du sujet ou, ce qui est plus probable, les deux à la fois ».

Il rentre donc dans la tâche du thérapeute d'aider, en plus de la victime, les autres personnes importantes de sa vie (27) et de favoriser les possibilités qu'ensemble ils éprouvent de nouvelles modalités relationnelles leur permettant à tous de composer avec la réalité du traumatisme, dans une perspective constructive.

Bibliographie

- (1) Ausloos, G. (1995). La compétence des familles. Relations, érès
- (2) American Psychiatric Association (APA). (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. Fourth Edition, Washington, D.C.
- (3) De Clercq, M. (1995). *Les répercussions des syndromes de stress post-traumatique sur les familles*, Thérapie Familiale, vol 16, 2, 185-193.
- (4) Onnis, L. (1991). Le renouvellement épistémologique de la thérapie systémique, Thérapie familiale, 12, 2, 99-109.
- (5) Minuchin, S. (1998). Familles en thérapie, Relations, érès.
- (6) Bertrand, M. (1987). Les traumatismes psychiques, pensée, mémoire, trace. In Doray, B et Louzoun, C. Les traumatismes dans le psychisme et la culture, 37-46, érès.
- (7) Santiago, JM, Mc Call Perez, F, Gorcey, M, Beigel, A. (1985). Long-term psychological effects of rape, in 35 rape victims. Am. J. Psychiatry, 142, 1338-1340.
- (8) Stalmans, C, Vermeiren, E, De Clercq, M. (1999). Le rôle de l'infirmière psychiatrique dans la prise en charge des victimes au service des urgences d'un hôpital général, Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, 32, 83-85.
- (9) Duss-Von Werdt, J. (1991). Individu, familles, systèmes plus larges -aller et retour, Thérapie familiale, 12, 4, 279-292.
- (10) Onnis, L. (1995). Un modèle de thérapie familiale inspiré d'une optique de la complexité, le centre d'études de la thérapie familiale et relationnelle de Rome, in Elkaïm, M. Panorama des thérapies familiales, Paris, Seuil.
- (11) Toussignant, M. (1999). Ecologie sociale de la résilience_in Cyrulnik, B, Ces enfants qui tiennent le coup, Hommes et perspectives.
- (12) Lemaire, JM, Despret, V. (1999). Détresses collectives sévères et contexte extensif de confiance, Méd Catastrophe Urg Collectives, 2, 111-117.
- (13) De Clercq, M. (1999). Les répercussions psychiatriques et psycho-sociales des catastrophes et traumas graves. Médecine de catastrophe urgences collectives, vol 2, 3-4, 73-78.

- (14) Rober, P. (1997). Nouvelles métaphores en thérapie familiale : de la cybernétique au paradigme narratif, Cahier critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux, 19, 27-55.
- (15) Watzlawick, P, Helmick Beavin, J, Jackson, DD. (1972). Une logique de la communication, Ed. du Seuil, Essais.
- (16) Zucker, D. (1999). Plaidoyer pour un traitement psychothérapeutique précoce des victimes. Médecine de catastrophe urgences collectives, vol 2, 3-4, 88-94.
- (17) De Clercq, M, Lamarre, S, Vergouwen, H. (1998). Urgences psychiatriques et politique de santé mentale : une perspective internationale. Paris, Masson..
- (18) De Clercq, M. (1999). L'abord thérapeutique des victimes de catastrophes et de traumatismes psychiques. Médecine de catastrophe urgences collectives, vol 2, 3-4, 79, 82.
- (19) Nadelson, CC, Notman, MT, Zackson, H, Gornick, J. (1982). A follow-up study of rape victims, Am J Psychiatr, 139, 1266-1270.
- (20) De Clercq, M, Zucker, D, Luts, A, Stalmans, C. (1997). Les répercussions psychopathologiques du viol et son abord thérapeutique, Rev Fr Gynécol Obstét, 92, 4, 266-271.
- (21) Ellis, EM, Atkeson, BM, Calhoun, KS. (1981). An assessment of long term reaction to rape, J Abnorm Psychol, 90, 263-266.
- (22) Hodgkinson, P.E., Stewart, M. (1991). Coping with catastrophe : a handbook of disaster management, Routledge, London.
- (23) Mitchell, JT, Dyregrov, A. (1993). Traumatic stress in disaster workers and emergency personnel: prevention and intervention, in Wilson, JP and Raphael, B, International handbook of traumatic stress syndromes. Plenum Press, New-York, 905-914.
- (24) Kaës, R. (1997). Dire le traumatisme, in Doray, B et Louzoun, C. Les traumatismes dans le psychisme et la culture, 197-201, érès.
- (25) Van Heusden, A, Van den Eerenbeemt, E. (1994). Thérapie familiale et générations. Aperçu sur l'œuvre d'Ivan Boszormenyi-Nagy, Nodules, PUF.
- (26) Crocq, L. (1999). Les traumatismes psychiques de guerre, Editions Odile Jacob.
- (27) Everstine, DS, Everstine, L. (1983). Des gens en crise. L'intervention psychologique d'urgence, Hommes et perspectives, EPI.