

## TRAUMATISME ET MEMOIRE

Qu'il s'agisse de situations collectives (accidents industriels, catastrophes naturelles, terrorisme...) ou de situations individuelles (agressions physiques et sexuelles, violence routière...), la confrontation brutale avec la perspective de la mort est susceptible d'entraîner, chez les sujets qui y sont exposés, un large panel de troubles psychopathologiques à court, moyen et long terme.

La plupart de ces troubles sont sous tendus par l'impact traumatique sur la mémoire. Cela se traduit par des réminiscences intrusives qui envahissent la conscience (flash-back, illusions sensorielles, cauchemars) et qui font revivre à l'identique tout ou partie du traumatisme, avec la même détresse, la même terreur et les mêmes réactions physiologiques, somatiques et psychologiques que celles vécues lors de l'événement.

Cette mémoire traumatique s'avère particulièrement déstabilisante et déstructurante (impression de danger et de mort imminents, de devenir fou). Elle bouleverse la vie de l'individu en imposant une hyper vigilance et la mise en place de stratégies d'évitements et de contrôles épuisants et handicapants (évitements des situations, de sensations, de pensées, des émotions).

Depuis quelques années, les mécanismes neuro-biologiques et neuro-physiologiques qui sous-tendent la mémoire traumatique commencent à être connus et permettent d'élaborer des modèles théoriques qui éclairent la genèse des symptômes psychotraumatiques mais aussi des troubles psychiques associés, très souvent présents chez les victimes, comme les troubles de la personnalité, du comportement et des conduites (particulièrement les conduites à risque, les conduites auto-agressives et les addictions).

Les conceptions psychanalytiques n'en demeurent pas moins actuelles en ce qu'elles permettent de penser l'impossibilité d'inscrire l'événement comme souvenir. La psychanalyse contemporaine, à la suite des révisions métapsychologiques qui se sont imposées à Freud à propos des névroses traumatiques (1920), pose le principe de plusieurs formes de mémorisation dont l'une qu'on peut qualifier de paradoxale dans la mesure où elle ne se donne ni comme «souvenir» ni même comme représentation psychique, mais comme perception, comme sensation, voire comme affect, actuel. Elle représente, sans le savoir, un pan de l'histoire vécue, non subjectivé ni historisé, se donnant comme actuel, comme présent et agissant (Roussillon 2001/2003).

Les prises en charges proposées aux personnes souffrant de troubles psychotraumatiques visent à désamorcer la mémoire traumatique (implicite et émotionnelle) avec ses aspects délétères afin de la réintégrer dans une mémoire explicite narrative et autobiographique libérant l'espace psychique. Il s'agit de réinscrire les perceptions effractantes et catastrophiques comme événement vécu dans la trame narrative, base de « l'histoire signifiante » du sujet.

Cela permet aux victimes de les soulager en les sortant de leur isolement, en leur permettant de retrouver leur dignité, de se dégager de la culpabilité et de reprendre espoir.

**VENDREDI 21 JUIN**

**9h15 : Conférence inaugurale :**

**“Trauma et mémoire”**

**Professeur Louis Crocq**, Médecin Général, Président d'Honneur de l'AFORCUMP-SFP.

Les perturbations de la fonction mnésique dans les syndromes psycho-traumatiques s'articulent autour des deux pôles de l'hypermnésie involontaire et itérative du syndrome de répétition, et de l'amnésie élective du trauma ou d'un de ses aspects, avec extension rétrograde ou antérograde. Simmel (1918) compare la répétition obstinée du souvenir traumatique à un disque rayé sur un phonographe (le *grammophoneplatz syndrome*), et Janet (1919) évoque l'hypermnésie élective du traumatisé partant en voyage pour fuir son souvenir traumatique par le vers « Le chagrin monte en croupe et galope avec lui ».

Une revue de l'histoire du trauma, depuis la période des précurseurs, puis de celle des fondateurs (Charcot, Janet, Freud et autres), jusqu'aux deux guerres mondiales et à l'époque contemporaine, montre divers exemples d'hypermnésie élective de l'expérience traumatique, et d'amnésie – hystérique le plus souvent – de tout ou partie de cette expérience. Le thème du voyageur sans bagage (Anouilh, 1923), inspiré du cas Adolphe Mangin, le « soldat inconnu vivant » constitue un cas extrême d'amnésie totale, identité et personnalité incluses.

**09h45 : 1ère séance plénière :**

**“Approche historique et sociologique”**

**Professeur Annette Wieviorka**, Directrice de recherche au CNRS, Université Paris I.

**”Variantes traumatiques et effets sur la mémoire”**

**Jean Michel Coq**, Maître de conférences, Université de Rouen, **Didier Drieu**, Maître de conférences, Université de Caen et **Nadine Proia**, Professeur de Psychologie, Université de Caen.

Quelque soit la nature de l'événement auquel le sujet est confronté, différentes figures du traumatisme vont se révéler à lui, le renvoyant à d'autres événements aux représentations refoulées, parfois encryptées. Si le traumatisme permet la structuration des fantasmes originaires et contribue à l'organisation pulsionnelle, il se montre particulièrement désorganisateur lorsque son effraction déborde le pare-excitation. L'onde de choc du trauma renvoie alors le sujet à sa détresse primitive, le contraignant à un travail de mémoire, parfois avec l'aide du clinicien, qui lui permet de se dégager du processus de répétition, pouvant alors inscrire l'événement dans son histoire et sa dynamique pulsionnelle. Ce qui fait trauma se caractérise par des traces non figurables de cette expérience psychique passée, constituant des empreintes traumatiques qui font obstacles à l'investissement de nouveaux objets et le replonge irrémédiablement dans un passé traumatique.

**11h30 – 13h : 2ème séance plénière :**

**“Les spécificités de la mémoire traumatique : études en neuropsychologie et en imagerie cérébrale”**

**Professeur Francis Eustache**, Unité de recherche U1077, Inserm, EPHE, Université de Caen/Basse-Normandie.

La mémoire traumatique, ou mémoire de l'événement traumatique, constitue un phénomène a priori paradoxal. Décrit dans la littérature concernant l'état de stress post-traumatique (ESPT), il se caractérise à la fois par une hypermnésie des aspects centraux de l'événement traumatique (émotionnels principalement) et par une diminution de la mémoire des détails périphériques. Ce souvenir de l'événement renvoie à la mémoire épisodique qui est le système de mémoire propre à chaque individu, comprenant les événements autobiographiques situés dans un contexte donné, c'est-à-dire spatial, temporel mais aussi émotionnel et riche de détails phénoménologiques. Ces souvenirs sont uniques, ils sont intimement liés au self, selon une perspective relativement stable comme les traits de personnalité de l'individu, mais aussi plus dynamique comme l'état émotionnel ou les objectifs personnels poursuivis à un moment donné. Ce système de mémoire implique un voyage mental dans le temps, à la fois vers le passé, permettant de revivre les souvenirs, mais aussi dans le futur assurant ainsi une continuité du self. La mémoire épisodique correspond à un état de conscience qualifié de « auto-néotique », qui traduit cette capacité introspective de prendre conscience de nous-même au travers d'un temps subjectif. Le souvenir traumatique a un statut particulier car il conserve une vivacité qui lui confère un caractère d'immédiateté, il se trouve « cristallisé », les patients ne pouvant l'intégrer dans une succession chronologique. Cet état de fait se manifeste notamment par la reviviscence involontaire de l'événement avec le sentiment intense de danger imminent (flashbacks) et peut être attribué à un phénomène dissociatif laissant supposer des modifications du sentiment d'identité et de la représentation de soi. Cette récupération directe ou *bottom-up* guidée par les aspects sensoriels du souvenir n'est pas ou peu suivie d'une remémoration consciente ou *top-down* de l'événement traumatique permettant la reconstruction complète et cohérente intégrant l'ensemble des éléments contextuels. Ce défaut de contextualisation mènerait à la sur-généralisation du souvenir et pourrait être à l'origine du syndrome de reviviscence. Les différents aspects du souvenir n'étant pas liés à un contexte spécifique, de nombreux indices non spécifiques à l'événement traumatique pourraient raviver le souvenir de façon irrésistible.

En accord avec cette hypothèse, les études de laboratoire soulignent l'existence d'une vigilance accrue pour les stimuli négatifs ou menaçants entraînant un biais mnésique ayant pour conséquence le meilleur rappel des informations négatives. Cette hypervigilance génère également des difficultés importantes à désengager l'attention de ces stimuli. Toutefois, deux méta-analyses récentes rapportent des résultats contradictoires (Cisler et al., 2011; Kimble et al., 2009) suggérant qu'une partie seulement des patients souffrant d'ESPT présenterait ce biais. Dans une étude menée au sein du laboratoire, nous avons également retrouvé ce résultat au cours d'une étude dissociant les phases d'encodage et de restitution d'un matériel émotionnel (négatif et neutre). Les données obtenues auprès d'adolescents de 13 à 18 ans nous ont permis de distinguer deux sous-groupes (« ESPT+ » et « ESPT- ») de patients. Le premier, « ESPT+ », se caractérise par des troubles externalisés et par un traitement globalement plus rapide des stimuli lors de la phase d'encodage. Cette rapidité anormale pourrait révéler un processus adaptatif se traduisant par un évitement contrôlé des stimulations émotionnelles. Les performances observées lors de la phase de restitution indiquent que ces patients se comportent comme les contrôles. Le second groupe, « ESPT- », présente des troubles internalisés qui s'accompagnent de troubles attentionnels dès l'encodage. Les adolescents ont des difficultés à engager leur attention sur les stimuli émotionnels. Ce déficit attentionnel ne permettrait pas à ces patients de bénéficier de l'émotion générée par les détails

pour améliorer leurs performances en mémoire et entraînerait des fausses reconnaissances d'items négatifs partageant des propriétés conceptuelles similaires.

Ce biais attentionnel pour la menace, l'augmentation de la réponse de peur, ainsi que du défaut de régulation émotionnelle pourraient refléter un défaut d'inhibition du cortex préfrontal médian et du cortex cingulaire antérieur (dont les volumes sont généralement diminués chez l'adulte), vers l'amygdale (effet *top-down*). Cette hypoactivation du cortex préfrontal médian entraînerait ainsi une augmentation de l'activité de l'amygdale. En accord avec ce modèle, l'activation du cortex préfrontal médian est inversement corrélée avec l'activation de l'amygdale, laissant supposer une connectivité fonctionnelle réduite entre ces deux régions. En effet, les études de neuroimagerie fonctionnelle ont révélé une activation exacerbée de l'amygdale en réponse à des stimuli négatifs relatifs ou non à l'événement traumatique et pendant l'acquisition de la peur conditionnée. S'associe également une altération anatomique de l'hippocampe qui pourrait sous-tendre les déficits de mémoire épisodique, notamment du matériel neutre et des aspects contextuels (périphériques) des événements traumatiques. Cependant, l'origine de l'atrophie hippocampique reste débattue. Il n'est pas encore clairement déterminé si la diminution du volume hippocampique est une conséquence de l'exposition à l'événement traumatique ou s'il représente un facteur de vulnérabilité au développement d'un ESPT après l'exposition à un événement traumatique.

## “ESPT et mémoire autobiographique”

**Sylvie Molenda**, Docteur en Psychologie, Consultation régionale du psychotraumatisme, CUMP/SAMU 59, C.H.R.U. de Lille.

Selon le D.S.M. IV-TR (APA, 2000), l'état de stress post-traumatique se caractérise par trois groupes de symptômes. Le premier d'entre eux relève du phénomène de reviviscence. Cette reviviscence se décline sous la forme de pensées intrusives, de souvenirs obsédants, de phénomènes quasiment hallucinatoires à fortes composantes sensorielles et perceptives encore appelés *flash-back*, de cauchemars au cours desquels le sujet revit l'expérience traumatique, de vécus « comme si l'événement allait se reproduire » et de submersions émotionnelles en présence d'indices évocateurs du traumatisme. Le second groupe, quant à lui, englobe une anesthésie émotionnelle et des conduites d'évitement (incluant les pensées) à l'égard de tout stimulus susceptible de rappeler l'événement traumatogène. Le troisième groupe, enfin, est lié à une hypertonie neurovégétative et comprend des sueurs, une tachycardie, des troubles du sommeil parfois sévères, une irritabilité et des réactions de sursaut au moindre imprévu.

A l'heure actuelle, de nombreux auteurs s'accordent à reconnaître que ces symptômes résultent de ou sont associés à, de façon directe ou indirecte, divers dysfonctionnements mnésiques. Parmi les tenants de cette position, certains auteurs défendent l'idée selon laquelle ces dysfonctionnements affecteraient tout particulièrement la mémoire autobiographique. Celle-ci peut se définir comme « *un ensemble d'informations et de souvenirs particuliers à un individu accumulés depuis sa naissance et qui lui permettent de construire un sentiment d'identité et de continuité* » (Piolino, Desgranges, & Eustache, 2000, p. 45). Elle ne correspondrait pas un système mnésique indépendant, mais plutôt à un domaine de connaissance qui réfère au soi (Brewer, 1986 ; Baddeley, 1992) et qui est régi par les mêmes processus et les mêmes systèmes d'organisation que le reste de la mémoire. Elle comporterait par ailleurs à la fois des connaissances spécifiques et générales ainsi que des aspects épisodiques et sémantiques.

Son fonctionnement a été modélisé par de nombreux auteurs mais c'est le modèle du *Self Memory System* développé par Conway et Pleydell-Pearce en 2000 qui est le plus influent. D'après ce modèle, le fonctionnement de la mémoire autobiographique s'expliquerait à partir de l'interaction de deux composantes : le *working self* et la base de connaissances autobiographiques. Le *working self* est conçu comme une hiérarchie complexe de buts et de sous-buts qui motive et module la cognition, l'émotion et le comportement (Conway, Singer, & Tagini, 2004). La base de connaissance autobiographique, quant à elle, comporte deux types de représentations mnésiques (Conway, 1990) : les unes sont généralisées, conceptuelles et abstraites, acquises au fur et à mesure des répétitions tandis que les autres ont gardé leur spécificité et sont teintées de l'expérience perceptive originale ; ce dernier type de représentations constituant un système mnésique séparé du premier qui forme la connaissance de base de la mémoire autobiographique.

Les derniers modèles développés en psychologie cognitive pour rendre compte de l'installation et du maintien du trouble s'appuient à des degrés divers sur ce modèle ainsi que sur une théorie constructiviste du souvenir qui lui est associée (Conway 1997a et b, Conway et Pleydell-Pearce, 2000). Toutefois, chacun éclaire des étapes différentes du traitement de l'information en mémoire rendant compte, ainsi, seulement, de certains aspects du trouble. Nous nous proposons, dans cette présentation, d'expliciter les points saillants de chacune de ces théories sous l'angle de la mémoire autobiographique.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV-TR (4<sup>th</sup> edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Baddelay, A. D. (1992). What is autobiographical memory? In M. A. Conway, D. C. Rubin, H. Spinnler, & W. A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp. 13-30). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Brewer, W. (1986). What is autobiographical memory? In D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory* (pp. 25-49). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Conway, M. A. (1990). *Autobiographical memory: an introduction*. Buckingham, England: Open University Press.
- Conway, M. A. (1997a). *False and recovered memories*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Conway, M. A. (1997b). The inventory of experience: memory and identity. In D. Jodelet, J. Pennebaker, & D. Paez (Eds.), *Political events and collective memories* (pp. 21-46). London: Routledge.
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107, 261-288.
- Conway, M. A., Singer, J. A., & Tagini, A. (2004). The self and autobiographical memory: correspondence and coherence. *Social Cognition*, 22, 491-529.
- Piolino, P., Desgranges, B., & Eustache, F. (2000). *La mémoire autobiographique : théorie et pratique*. Marseille, France : Solal Editeur.

**14h15 – 15h15 :**

**“L’avenir des CUMP : autour du décret du 7 janvier 2013”**

**Docteur Jean Marc Philippe**, Conseiller Médical, Direction Générale de la santé, Département des Urgences Sanitaires.

Les catastrophes et les accidents occasionnent non seulement des blessures physiques, mais aussi des blessures psychiques individuelles ou collectives, immédiates ou différées, aiguës ou chroniques. Il convient d'essayer de prévenir, réduire et traiter ces blessures sur le lieu même de la catastrophe ou de l'accident sous peine de voir s'installer des pathologies psychiatriques chroniques.

Le dispositif de prise en charge de l'urgence médico-psychologique est institué au profit des victimes de catastrophes ou d'accidents impliquant un grand nombre de victimes susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques en raison des circonstances qui les entourent. L'intervention rapide de professionnels de l'urgence médico-psychologique permet la prise en charge immédiate et post-immédiate adaptée des victimes et de préparer les relais thérapeutiques ultérieurs. Ces équipes ont également pour mission d'assurer, si nécessaire, le soutien psychologique des sauveteurs.

Ainsi, la circulaire du 28 mai 1997 a mis en place un dispositif gradué de prise en charge de l'urgence médico-psychologique dont les modalités de renforcement étaient définies par la circulaire du 20 mai 2003. Dans le cadre actuel de l'organisation de l'offre de soins, il convient désormais de réviser le dispositif existant en confiant aux ARS l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique.

Le décret n°2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles instaure les cellules d'urgence médico-psychologique dans le code de la santé publique.

L'objectif est de :

- Consolider le dispositif existant des CUMP en les ancrant dans le champ de la santé et en rattachant leur activité à l'aide médicale urgente dans le cadre d'une organisation définie par l'ARS.
- Positionner les CUMP comme un des acteurs majeurs de la réponse du système de santé à la prise en charge des situations sanitaires exceptionnelles
- Normaliser leur fonctionnement et assurer la protection des professionnels de santé volontaires
- Coordonner et redynamiser l'animation territoriale et nationale

La finalité est de disposer sur l'ensemble du territoire d'un réseau de volontaires formés et prêts à intervenir dans les situations relevant de l'urgence médico-psychologique.

Trois arrêtés compléteront le dispositif réglementaire :

- Arrêté relatif aux modalités d'intervention des cellules d'urgence médico-psychologique et aux conditions de participation des professionnels de santé dans une cellule d'urgence médico-psychologique
- Arrêté fixant la liste nationale des établissements de santé dotés de personnels affectés pour tout ou partie de leur activité à une cellule d'urgence médico-psychologique et les conditions de désignation de ces établissements par les Agences Régionales de Santé
- Arrêté portant nomination du psychiatre référent national

Une instruction aux ARS précisera, d'une part, les modalités d'organisation du dispositif par les Agences régionales de santé de zone de défense et de sécurité (ARSZ) et les Agences Régionales de Santé (ARS), d'autre part, décrira le dispositif de l'urgence médico-psychologique et notamment le fonctionnement des cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP). Les circulaires de 1997 et de 2003 seront abrogées.

**Professeur Didier Cremniter, CUMP de Paris.**

Le décret du 7 janvier 2013 précise le fonctionnement des CUMP, conforte la notion d'urgence médico-psychologique puisque cette modalité de soin bénéficie, pour la première fois, d'une reconnaissance dans le Code de la Santé Publique. Il instaure par ailleurs l'ARS comme détenteur du pouvoir de mise en place, et des modalités de fonctionnement de la CUMP. Le rôle de l'EPRUS, sous l'égide du Ministère de la santé, y est précisé.

Un point cependant mérite d'être soulevé car il n'est pas spécifié dans les dispositions actuelles. Il s'agit de la place et des liens qui méritent d'être poursuivis entre la CUMP et les autres ministères : Intérieur, Justice, Affaires Etrangères, Défense, Education Nationale, Transports. Il s'agit de définir dans lequel des nouveaux dispositifs créés par le décret pourrait s'inscrire ce travail qui désigne les champs de la société dans lesquels se produisent les effets du trauma.

## 15h30 – 17h30 : Ateliers de travail et de communications :

- **Atelier 1 : Mémoire traumatique chez l'enfant et l'adolescent.**

**“La mémoire traumatique : Patterns cliniques et efficience mnésique, Études en neuropsychologie et en imagerie cérébrale”**

**Dayan J, Viard A, Egret S, Egler PJ, Guénolé F, Baleyte JM, Degeilh F, Guillery-Girard B.**  
Unité de recherche U1077, Inserm, EPHE, Université de Caen/Basse-Normandie.

*Introduction:* Le souvenir traumatique possède une double valence, mais de cette dualité seul un des versants a été largement étudié. Classiquement, il conserve une vivacité qui lui confère un caractère d'immédiateté et lui ôte, la capacité d'être intégré dans une succession chronologique. Au second plan, il est aussi sémantisé : il est une connaissance générale sur Soi, mais ne peut être évoqué avec la distance émotionnelle habituelle d'un souvenir de ce type (Dayan et al., 2011). La coexistence de ces deux types de mémoire, le souvenir sémantisé et la reviviscence involontaire de l'événement est parfois considérée comme le témoin d'un mécanisme dissociatif. Elle laisse supposer des altérations du sentiment d'identité et de la représentation de soi. Pour être intégré dans un continuum temporel, le souvenir doit à la fois suivre une récupération directe ou *bottom-up*, guidée par les aspects sensoriels du souvenir, mais aussi une remémoration *top-down* de l'événement traumatique permettant de recontextualiser ce souvenir. Toutefois il est des exemples de récupération *top down* incomplètes qui s'associent à un défaut de contextualisation (Guillery et al., 2013). Elles favorisent une « sur-généralisation » mnésique du souvenir et pourraient participer à l'amplification du syndrome de reviviscence. Des configurations mnésiques variables pourraient s'associer à des configurations cliniques différentes.

Même si la variabilité des profils mnésiques a été évoquée, elle n'a jamais été mise en évidence. L'étude que nous avons réalisée (Guillery et al., 2013) démontre pour la première fois de façon expérimentale, l'existence de sous groupes parmi des patients adolescents de 13 à 18 ans, se caractérisant par des différences cognitives et psychopathologiques formant des patterns cohérents à valeur « écologique » et adaptative. Le premier groupe, (« ESPT + »), se caractérise par des troubles externalisés avec prédominance des troubles agressifs et par un traitement globalement plus rapide des stimuli lors de l'encodage en mémoire mais sans conséquence sur les performances de restitution. Le second groupe (« ESPT - »), présente des troubles internalisés, avec prédominance du versant dépressif, qui s'accompagnent de troubles attentionnels dès l'encodage d'information en mémoire qui va perturber la mémorisation. Deux éléments peuvent être distingués : la valeur écologique de la différenciation des patients et le soubassement neurophysiologique de cette distinction.

Les adolescents « ESPT + » ont des difficultés à engager leur attention sur les stimuli émotionnels, qu'ils traitent rapidement. Cette rapidité anormale pourrait révéler un processus adaptatif permettant un évitement « semi-automatique » des stimulations émotionnelles. Les performances observées lors de la phase de restitution indiquent que ces patients se comportent comme les contrôles. Elle est compatible avec une agressivité exacerbée. Chez les patients « ESPT - », le déficit attentionnel permettrait aussi à ces patients d'éviter l'émotion générée par les détails. Les conséquences en seraient toutefois inverses avec de moindres performances en mémoire et une plus grande fréquence de fausses reconnaissances d'items négatifs partageant des propriétés conceptuelles similaires. Elle est compatible avec la rumination retrouvée dans les tendances dépressives.

Nous interpréterons également ces résultats au regard des premières données que nous recueillons actuellement sur le fonctionnement mnésique en rapport avec l'identité chez l'adolescent présentant un état de stress post-traumatique. La confrontation des trois approches

utilisées actuellement dans notre étude, à savoir psychopathologique, neuropsychologique mais aussi de neuroimagerie cérébrale, sera discutée et illustrée.

### **“ Mémoire traumatique chez l'adolescent ”**

**Professeur Thierry Baubet**, EA 4403 (UTRPP), Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité, Inserm U669, Service de Psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie spécialisée, Hôpital Avicenne, Bobigny.

Je vous propose de discuter de la mémoire traumatique chez l'adolescent au travers des symptômes de possession, en montrant leur polysémie et leurs aspects dynamiques dans le processus interactif clinique. Ces dire et ces faire "de transe" ou de "possession" sont trop souvent rabattus sur une supposée mémoire traumatique et sur la dissociation (terme qui sera franchement critiqué), alors qu'ils ouvrent au contraire de potentialités créatrices pour le patient et le thérapeute.

*Mots-clefs : Adolescents, Transe, Possession, Dissociation, Mémoire*

### **“Prise en charge familiale du Traumatisme”**

**Docteur Pierre-Jean Egler**, Pédopsychiatre, CHU de Caen.

La prise en charge familiale de jeunes patients révèle fréquemment un évènement bouleversant l'organisation relationnelle de leur contexte de vie.

Parfois c'est un évènement sporadique qui souligne la culpabilité des proches et leur impuissance à protéger un des membres de la famille ; parfois, l'évènement est enfoui dans la mémoire familiale et construit l'essence de la famille dans son rapport au monde ; parfois encore, les institutions sociales sont « dénonciatrices » d'une souffrance et apparaissent alors comme cause du traumatisme de la famille dans sa confrontation à la société. Le traumatisme est une rencontre qui se vit comme une effraction, une atteinte des relations dans un contexte.

La symptomatologie du patient traduit une demande qui va au delà de l'expression d'une souffrance familiale. Elle interroge la responsabilité commune du contexte social vis à vis des individus et de l'attention qui leur est apportée.

Nous proposons, par une approche clinique, d'évoquer la prise en charge familiale du traumatisme.

- **Atelier 2 : Mémoire traumatique, enjeux d'une prise en charge psychothérapeutique.**

**Docteur Claudie Despois-Baudrillart**, EPSM de Caen, CUMP du Calvados.

Lors du choc traumatique, le traitement de l'information est comme « gelé », le temps cérébral s'arrête.

Hypnose, EMDR, thérapies issues de la psychologie énergétique consistent en un traitement adaptatif de l'information ainsi stockée de façon pathologique dans les réseaux de mémoire, grâce à un processus associatif qui restaure les connexions adaptées.

L'hypnose revêt un intérêt spécifique dans le psychotrauma du fait de sa composante dissociative établie dans un contexte contrôlé et un cadre contenant.

L'EMDR sollicite un maximum de canaux sensoriels, favorisant les ressources du sujet pour limiter l'impact du traumatisme, et permet l'activation de toutes les parties du cerveau, favorisant de nouvelles ressources émotives et cognitives.

Les thérapies psycho-énergétiques, issues des médecines traditionnelles orientales, agissent par l'intermédiaire du champ énergétique corporel.

Ces diverses thérapies reposent sur la confiance en la capacité d'auto-guérison de chacun, dans une approche globale centrée sur la personne, prenant en compte l'importance du lien corps-esprit au travers non seulement des émotions mais également des sensations corporelles et des cognitions négatives.

**Luc Vigne**, psychologue clinicien, CHU de Caen, Centre Esquirol, CUMP du Calvados.

Lorsque le trauma est ancien et qu'il n'a pu se frayer un chemin vers une prise de conscience de ce qui y a été vécu, il s'exprime au travers d'autres objets qui servent de support à la force de son expression.

C'est ainsi que nous voyons fleurir en d'autres champs de la vie du sujet des symptômes qui, s'ils ne sont pas ramenés au trauma, entendus et compris en lien avec celui-ci, ne se feront que plus présents à force de répétitions.

C'est au travers d'une ou de deux illustrations cliniques, celle d'un sapeur-pompier confronté à la mort d'une enfant et celle d'une jeune femme qui a subi une agression, que nous déploierons dans une approche psychodynamique les processus mis en œuvre pour repérer et circonscrire les effets après coup du trauma.

**Sylvie Molenda**, Docteur en psychologie, Consultation régionale du psychotraumatisme, CUMP/SAMU 59, C.H.R.U. de Lille

Les données de la littérature soulignent l'importance de dysfonctionnements mnésiques dans les processus d'installation et de maintien de l'état de stress post-traumatique. Ces dysfonctionnements affectent les différentes étapes du traitement de l'information en mémoire : de son encodage à sa récupération, en passant par son stockage. En miroir, différents protocoles de TCC se sont développés en s'appuyant sur des théories de la mémoire : mémoire explicite *versus* implicite mais également mémoire auto-biographique. Ces protocoles ont commun d'être centrés sur le trauma et de réactiver les souvenirs traumatiques épisodiques avec tous leurs détails perceptivo-sensoriels et ce, afin de permettre leur digestion émotionnelle. Ils luttent également contre les stratégies d'évitement cognitives qu'ils envisagent comme autant de freins au traitement du traumatisme. Enfin, certains protocoles insistent également sur la nécessité de travailler sur des structures mnésiques profondément ancrées – connues sous le nom de croyances fondamentales ou de représentations du *self* – qui peuvent être mises à mal par la confrontation traumatique.

- **Atelier 3 : Mémoire des Cump, trauma des sauveteurs et des soignants.**

**“Mémoire et trauma : A propos des CUMP”**

**Docteur Christian NAVARRE**, Référent CUMP Haute-Normandie.

Après les attentats de Paris et la circulaire de 1997, la mise en place des CUMP a nécessité une organisation sur le terrain, et a induit une confrontation au trauma collectif, inconnue auparavant dans le monde de la Psychiatrie. L'histoire de ce réseau est particulièrement propice au thème de la mémoire et du trauma chez les sauveteurs et les soignants. Il a en effet fallu intégrer des images de catastrophes qui pour certaines nous restent encore et ont pu induire des réactions de stress inhabituelles chez nos professionnels. Des expériences à l'étranger, en milieu hostile, et parfois même lors de conflits armés, ont aussi apporté leur lot de souvenirs quasi traumatiques. Dans le futur, cette expérience doit nous servir pour affronter au mieux ces situations, où sont nécessaires un travail sur soi, ainsi qu'une solide spiritualité personnelle.

**Docteur Patrice Louville**, AFORCUMP-SFP.

Dès leur création en 1995, les CUMP ont eu à gérer des interventions collectives immédiates et post-immédiates, alors que dans le même temps il apparaissait nécessaire de bâtir un corpus théorique, une doctrine, pour étayer et améliorer ces interventions. Le groupe de travail réuni autour de Louis Crocq en 1995-1996, dont les conclusions ont abouti à la rédaction de la circulaire du 28 mai 1997, a ainsi profité des premiers retours d'expérience des équipes, d'abord parisienne, puis dans les régions, qui inventaient sur le terrain une nouvelle pratique de la psychiatrie d'urgence, la psychiatrie de catastrophe. Cette confrontation permanente entre les exigences de la réalité de terrain, chaque fois différente, et la réflexion théorico-clinique est une composante importante de la culture de l'urgence médico-psychologique.

Les professionnels qui ont contribué à la création de l'urgence médico-psychologique étaient issus de la psychiatrie militaire, de la psychiatrie d'urgence hospitalière ou pré-hospitalière, de la victimologie et de l'aide aux victimes. Chacun de ces courants a participé à l'élaboration d'un modèle original d'intervention psychiatrique intégrée aux systèmes de secours d'urgence collectifs intervenant en cas d'événement exceptionnel. C'est ce modèle de psychiatrie de l'avant qui est mis en œuvre par les CUMP en France, et quelquefois à l'étranger, depuis plus de quinze ans.

Une autre caractéristique des CUMP, en particulier à l'échelon départemental, semble être la faible durée de vie des professionnels et leur renouvellement (ou non) fréquent, ce qui pose la question de la transmission de la culture de l'urgence médico-psychologique aux nouveaux arrivants, toujours motivés mais pas nécessairement formés à la spécificité des interventions. L'émergence de la psychotraumatologie dans le champ de la psychiatrie civile, grandement facilitée et médiatisée par l'existence des CUMP, ne s'est pas encore traduite par des avancées significatives dans la formation universitaire des psychiatres, psychologues et infirmiers qui seront amenés à intégrer les CUMP, malgré la création de formations universitaires spécialisées, comme par exemple le D.U. de Psychotraumatologie (Paris Descartes) auquel participe l'AFORCUMP-SFP.

Dès le début des CUMP, l'accent avait été mis sur l'impérieuse nécessité de former les volontaires dans les différents domaines dont relèvent les interventions immédiates et post-immédiates, comme la psychotraumatologie, la médecine de catastrophe, la victimologie ou la médecine légale. Préconisées par les circulaires du 28 mai 1997 et du 20 mai 2003, deux vagues de formation nationale ont pu être budgétées et organisées, avec le soutien pédagogique et logistique de l'AFORCUMP-SFP, en 1998-1999 et en 2005-2006, qui ont permis

de former les personnels en charge des CUMP de la plupart des départements à l'époque. Huit ans après la deuxième formation nationale, il apparaît que de nombreuses équipes ont changé, et que les nouveaux volontaires sont souvent en demande de formation spécifique. A l'AFORCUMP-SFP, est posée régulièrement la question de la forme, du contenu et du support que pourrait adopter un système de transmission pérenne de la culture de l'urgence médico-psychologique.

Parmi les objectifs de cette formation, il convient d'insister sur la prévention des risques professionnels spécifiques de l'urgence médico-psychologique, et, plus largement, liés à la prise en charge des victimes de psychotraumatisme. Les volontaires doivent être avertis des difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans les interventions immédiates (stress dépassé ou retardé, voire risque de syndrome psychotraumatique pour les interventions très précoces, où ils peuvent être directement confrontés à l'impact traumatique de l'événement initial), ou post-immédiate (traumatisation vicariante, fatigue compassionnelle, stress post-traumatique secondaire). Comme les autres personnels qui se portent au secours des victimes de catastrophes ou d'accidents impliquant un grand nombre de victimes, les volontaires de l'urgence médico-psychologique sont des victimes tertiaires potentielles qui doivent apprendre à se protéger comme ils protègent les autres.

- **Atelier 4 : Mémoire traumatique et catastrophe industrielle.**

**“Une approche sociologique des effets d'une catastrophe industrielle sur la population. Une mémoire traumatique collective ? Historicisation de la catastrophe. Elaboration d'un métarécit de la société industrielle”**

**Marie Thérèse Neuilly**, Docteur en Sociologie, Maître de Conférences Université de Nantes.

Les catastrophes industrielles examinées ici seront de 2 types : des accidents chimiques et nucléaires (Seveso, Tchernobyl, Fukushima) qui ont marqué l'histoire des accidents technologiques majeurs, et des accidents du type AZF ou Bhopal qui opèrent un autre type de rupture dans les sociétés concernées. En ce qui concerne ce 2<sup>ème</sup> type d'événements l'irruption brutale du phénomène dans un contexte que rien n'avait préparé à le penser correspond à cette « effraction » qui confronte la personne à sa mort.

Le nuage de dioxine de Seveso a occasionné une telle crise que des dispositifs préventifs européens parleront de Directive Seveso ; l'accident nucléaire se caractérisera par cette dangerosité invisible, la nécessité de passer par la mesure et la défiance par rapport aux résultats, une morbidité qui se développe sur les territoires contaminés et qui peut se transmettre aux générations suivantes. Mais (en dehors des différences techniques) Fukushima est séparé par 25 ans d'histoire de Tchernobyl. Le politique, le scientifique, la technocratie, la société civile se sont saisis de cette expérience, et même la criminalité a trouvé de nouvelles voies dans ce nouveau contexte japonais. Les catastrophes industrielles jalonnent l'histoire de nos sociétés modernes, et un métarécit s'élabore, qui va donner sens à l'évènement et se traduire par de nouvelles structurations sociales.

**« Perception et évaluation psychologique des risques en situation d'accident et de catastrophe : de la résilience individuelle à la résilience des territoires »**

**Mireille Mary Laville**, Docteur, chercheuse associée, mary.laville@unicaen.fr

**Jacky Leneveu**, Docteur, chercheur associé, jacky.leneveu@unicaen.fr

Université de Caen Basse-Normandie, CERReV EA 3918, Pôle Risques

L'un des facteurs de traumatisme est l'incapacité pour l'individu à gérer le risque et l'incertitude. Le fait que l'on ne peut pas prévoir avec certitude l'apparition de catastrophes, ce qui permettrait de les éviter et d'y faire face, est le facteur principal d'angoisse paralysante ou de panique, mais également de décisions irrationnelles et « absurdes ». La perception et l'évaluation psychologique du risque, en situation d'accident et de catastrophe, de l'individu dépend des valeurs en présence, et des conflits cognitifs qu'elles provoquent. Ces conflits de valeurs divergentes associés à une situation vécue négativement et à leur mémorisation à long terme, favorisent l'apparition du traumatisme. S'ajoute chez l'individu un sentiment négatif généré par la perte de contrôle (sachant que l'être humain est plus sensible à la perte qu'au gain), et un sentiment d'envahissement menaçant son intégrité, puis se surajoute encore le niveau d'intensité de l'évènement perçu comme très élevé (lien entre les hormones du stress ou valeurs émotionnelles importantes et la mémoire) entraînant un ancrage en mémoire à long terme avec de nombreuses connexions (vers la mémoire *associative*) permettant un rappel quasi immédiat et automatique de l'évènement qui produit des souvenirs flashes. Ce système de pensée rapide fait la distinction entre événements normaux et événements surprenants en une fraction de seconde, il recherche automatiquement une interprétation causale des événements exceptionnels ou inattendus au fur et à mesure qu'ils se produisent et cela, tout en faisant appel à la mémoire *associative* (Kahneman, 2012). Nous présentons pour illustrer notre propos

l'accident du 20 avril 2010 de la plate-forme pétrolière Deepwater Horizon louée par le groupe pétrolier BP (British Petroleum) dans le golfe du Mexique ; cette catastrophe ayant contribué à la vulnérabilité de ce territoire et de ses habitants. A l'opposé, nous illustrons la résilience d'un territoire et de ses habitants, où la mémoire « collective » se fait identitaire et résiliente, par l'exemple de l'incendie du mardi 22 janvier 2013 à Chicago.

- **Atelier 5 : Fédération Trauma Suicide Liaison Urgence, interventions d'envergure.**

**“Missions de secours aux expatriés Français”**

**Dominique Meslier**, infirmier CUMP de la Vienne, réserviste EPRUS.

Parmi les missions d'envergure effectuées par l'État Français, l'aide au retour de ses ressortissants surpris par un événement d'origine catastrophique est récurrente.

Ces missions de secours aux expatriés ou vacanciers sont placées sous la responsabilité du Ministère régalien des Affaires Étrangères et Européennes.

Cette dernière décennie a été marquée par l'accentuation de ces missions d'envergure du fait de l'évolution du contexte géopolitique de certaines régions du monde et de la survenue de catastrophes naturelles de dimension exceptionnelle par le coût en vies humaines et en destructions d'infrastructures.

Principales missions mises en place, en plusieurs occasions :

- Tsunami en Asie du Sud Est en 2004
- Guerre surprise au Liban en 2006
- Séisme en Haïti de 2010 (missions de décembre 2011)
- Séisme, tsunami et accident nucléaire au Japon en 2012
- Conflit armé en Côte d'Ivoire en 2011.

Les événements générateurs d'affliction justifient la présence de professionnels spécialisés dans ce type de prise en charge. Ce fut le cas pour chacune de ces situations.

**“Crash Rio-Paris : Prévention du risque psychologique chez les personnels mobilisés dans les opérations de remontée des corps”**

**Caroline Dendoncker**, Psychologue clinicienne – Coordinatrice CUMP région Centre – SAMU 45 - CHR d'Orléans, Psychologue de la cellule médico-psychologique embarquée sur le navire « Ile de Sein » (phase 5 – 2<sup>ème</sup> partie).

Le 1er juin 2009, l'avion du vol AF447 Rio-Paris s'écrase dans l'océan Atlantique avec à son bord 228 passagers et membres d'équipage. Après deux années de recherches, l'épave de l'avion est localisée, à près de 4000 mètres de profondeur.

Le 17 mai 2011, une cellule médico-psychologique, composée d'un psychiatre de la Marine Nationale et d'une psychologue de la CUMP d'Orléans, embarque sur le navire câblé « Ile de Sein », pour la deuxième partie de la phase 5 de la Mission AF447 lancée par la France. Après confirmation des possibilités d'identification ADN des corps retrouvés et avec l'agrément des associations de familles de victimes, cette deuxième partie de la mission est entièrement consacrée à la remontée et à l'identification médico-légale des corps des passagers et membres de l'équipage.

Compte-tenu du caractère exceptionnel de la mission et des retentissements psychologiques potentiels sur la santé des personnes embarquées, un dispositif de prévention des risques psychologiques a été déployé aux différents temps de celle-ci : préparation des équipes, suivi des équipes et du dispositif opérationnel et enfin, débriefings des équipes et préparation de « l'après-mission ». En amont des opérations, deux psychiatres de la Marine Nationale avaient exposé les mesures sanitaires et psychologiques à mettre en place dans ce type de mission. Pour la première partie des opérations, dédiée à la récupération des enregistreurs de bord de l'avion et de tout élément utile à l'enquête, une psychologue CUMP (Dijon) avait été mobilisée.

La deuxième partie de la mission présentant un caractère intensif et particulièrement éprouvant (au total, 104 corps ont été retrouvés et remontés), un renforcement du dispositif

d'accompagnement psychologique a été décidé. Une cellule médico-psychologique composée de deux professionnels expérimentés et formés à la gestion des événements potentiellement traumatisants a été mise en place lors de la relève des équipes. La présence de cette cellule à bord du navire, et ce, dès le début de la mission, a permis la prise en compte de la dimension psychologique aux différentes étapes organisationnelles et opérationnelles. Tout au long de la mission, la cellule médico-psychologique a assuré auprès du commandement et de tous les personnels engagés des fonctions de conseil, d'évaluation, d'accompagnement psychologique, d'information et d'orientation.

La symptomatologie observée chez les différents sous-groupes en présence, en fonction de leur degré d'exposition, témoigne de l'intérêt d'une prise en charge médico-psychologique précoce et adaptée pour les personnels engagés dans les opérations de relevage de corps. Il s'agit par l'élaboration progressive de l'expérience vécue de limiter la survenue de troubles psychiques immédiats, post-immédiats et chroniques (dépressifs, anxieux, ou état de stress post-traumatique).

L'accompagnement médico-psychologique des équipes mobilisées dans le cadre des opérations de remontée de corps sur le navire « Ile de Sein » dans les suites du crash de l'AF447 Rio-Paris est une première. Véritable dispositif de prévention, il peut sans aucun doute être transposé à des opérations similaires de gestion des corps en situation de catastrophe.

*Mots clés: crash Vol AF 447; cellule médico-psychologique ; CUMP ; prévention risque psychologique ; stress ; état de stress post-traumatique ; récupération de corps ; catastrophe.*

### **“Que d'eau : que penser de Xynthia dans l'après coup?”**

**Docteur Jean Jacques Chavagnat, Psychiatre référent CUMP Poitou Charentes.**

Une côte si belle et si tranquille, des familles "sans histoires", un climat tempéré et un soir : le drame !

Une cellule d'urgence medico psychologique activée ? Non ! Plusieurs ! Et pendant plusieurs jours.

Un préfet, une Agence Regionale de Sante, des municipalités bouleversés : qu'est ce qu'il en reste ?

- Une réflexion épidémiologique grâce à la CIRE de l'ARS Poitou Charentes et à l'InVS.
- Des questionnaires d'évaluation du traumatisme en individuel et en collectif.
- Une réflexion plus large sur les modes de fonctionnement de l'urgence sanitaire psychiatrique.

L'atelier permettra une présentation, un échange et des propositions d'action entre équipes de CUMP.

Les raz de marée n'existent pas qu'au Japon ou qu'en Thaïlande, mais aussi sur nos côtes atlantiques !

## **“A propos des grandes catastrophes”**

**Professeur Didier Cremitter, CUMP de Paris.**

L'expérience des CUMP s'est trouvée renforcée à partir du moment où la haute administration, en charge des conséquences néfastes qui se produisent lors des événements exceptionnels, a pris conscience du fait que les dispositions qui ont entouré la création de la CUMP après l'attentat de Saint-Michel, devaient également s'appliquer aux Français qui ne sont pas sur le territoire national, essentiellement les expatriés. Ceux-ci sont plus de 2 millions dans le monde mais surtout, ils sont présents dans l'immense majorité des pays au point que, à chaque fois que se produit un événement critique dans le monde, on peut s'attendre à ce que des Français soient concernés.

C'est la réponse offerte par le Ministère des Affaires Etrangères qui a permis à nos équipes d'être présents, souvent dès les premiers jours de manière à dispenser l'offre de soins auprès de nos concitoyens, au même titre que s'ils se trouvaient sur le territoire national. Dans cette expérience, nous avons été présents sur le théâtre de la plupart des grandes catastrophes qui se sont produites ces dix dernières années, ce qui accroît considérablement la qualité de notre expertise en la matière. Le volume d'activité généré par la "CUMP internationale" représente une partie importante du volume de travail global de la CUMP. En outre, nous avons pu développer une activité d'une grande richesse par nos rencontres et notre connaissance d'autres organismes internationaux intervenant dans de tels contextes.

- **Atelier 6 : Rôle des médias dans la constitution de la mémoire collective.**

### **“Sans blessures apparentes”**

**Jean- Paul Mari**, grand reporter et écrivain.

Je suis grand reporter. Trente-cinq ans que je couvre les guerres du monde. Au début, je ne savais pas ce qui m’attendait. Massacres, charniers, tortures et viols, j’ai plongé dans la nuit. Très vite, j’ai remarqué ces hommes que la guerre a rendus fous, héros terrorisé par ses cauchemars, ancien commando soudain muet ou vétéran qui se tire une balle dans la bouche. Ce mal, étrange, est aussi répandu que tabou. Rwanda, Bosnie, Irak, Algérie, Vietnam, Liban... partout, des hommes reviennent brisés. Depuis ce jour où ils ont rencontré leur mort, dans la bouche d’un fusil, le regard d’un ennemi ou les yeux d’un ami. « Pas plus que le soleil, la mort ne peut se regarder en face » disaient les Anciens. À Bagdad, mon hôtel a reçu un obus. J’ai vu un confrère couché sur la moquette. À la place du ventre, il y avait une tache blanche et nacrée. Ce jour-là, j’ai commencé mon enquête. Elle m’a mené dans plusieurs pays. J’ai interrogé les combattants et les psychiatres, fouillé les livres, la peinture et les films, l’ethnologie et la mythologie. Une chose est sûre : si on n’affronte pas la douleur de la guerre, elle nous tue. Il faut fouiller en nous-mêmes et se reconstruire pour trouver la guérison. Oui, on peut mourir, survivre et revivre. Et ce mal ne nous parle que de vie et d’humanité. Ceci est ma plus grande enquête.

**Elaine Coobe**, grand reporter, contact réseau français du “Dart Center for Journalism & Trauma”.

- **Atelier 7 : Mémoire traumatique des militaires au décours des conflits et enjeux de l'expertise dans le processus mémoriel du trauma.**

**“Mémoire immédiate et reviviscences traumatiques : observations in situ chez les militaires au décours des opérations de combats”**

**Professeur Patrick Clervoy**, Professeur de médecine à l'Ecole du Val-de-Grâce, Titulaire de la chaire de psychiatrie et de psychologie médicale appliquée aux armées.

Observations rapportées d'une immersion en opération au sein des unités de combat dans les postes isolés en vallée de Kapisa et au sein de l'hôpital militaire de Kaboul.

Les tableaux cliniques exposés ont été observés dans les heures qui ont suivi des moments opérationnels intenses et éprouvants (été 2011 : attentat de Joybar, combats de Mobayan, harcèlements par les insurgés, effets des pièges explosifs)

Le point sur la symptomatologie psycho-traumatique immédiate, perçue par chacun comme ordinaire, la prise en charge in situ et l'évolution à court terme.

Le constat est celui d'une symptomatologie plastique rapidement évolutive, différente de celle observée dans les hôpitaux militaires de la métropole chez les vétérans des conflits plus anciens (Algérie, Liban, Ex-Yougoslavie, Côte d'Ivoire).

**“Enjeux de l'expertise dans le processus mémoriel du trauma”**

**Professeur Jacques Védrinne**, Université Lyon 1.

L'expertise est une étape importante dans le processus judiciaire de reconnaissance et d'évaluation d'une souffrance traumatique. Cette expertise intervient dans des délais très variables, parfois de nombreuses années après l'évènement traumatique et l'expert est confronté lors de la rencontre à une expression symptomatique, un récit de l'évènement, une narration de l'histoire personnelle, volontiers remaniés par de nombreux facteurs (expertises précédentes, rôle des associations de victimes, mécanismes de défense inconscients, processus psychothérapeutique bien engagé, etc...).

C'est dire la nécessité de maintenir au sein d'un cadre apparemment peu facilitateur une position clinique et éthique rigoureuse susceptible de constituer un moment privilégié dans la remémoration du trauma et de ses conséquences, favorisant ainsi la mise en place d'une mémoire partagée avec la Société et son histoire.

SAMEDI 22 JUIN matin

**09h00 – 10h30 : Ateliers par appel à communications**

**Atelier n°1 : Mémoire traumatique et vétérans**

**“La mémoire traumatique chez d’anciens appelés de la guerre d’Algérie.  
Effets de rattachement produits par l’écriture de récits de vie rétrospectifs”**

**Corinne Chaput-Le Bars**, Formatrice en travail social et chercheur en Sciences de l’Education, Caen.

Les situations de guerre sont des situations extrêmes auxquelles de simples soldats ou des civils ont été engagés bien malgré eux et pour un nombre non négligeable d’entre eux, ces situations de violences intenses laissent des traumatismes sur du moyen voire du long terme. Deux modèles de prise en charge du stress post-traumatique sont apparus, que l’on oppose parfois, à tort : la prise en charge immédiate et la voie cognitive, plus distanciée, celle du retour sur un passé « qui ne passe pas ». Le récit de vie est une des formes privilégiées de ce retour sur soi et de la recherche de sens à propos de ce qui est par nature insensé. Il peut alors être un tuteur de résilience ou, pour employer un concept que j’ai exploré, favoriser le « rattachement » de soi et de soi avec les autres.

Or, parmi les guerres qui ont concerné la France ces cent dernières années, celle d’Algérie est probablement l’une de celles où la transmission a été la plus difficile et où, désormais, l’urgence de se faire entendre est peut-être la plus vive.

La communication présentée ici a pour objet d’identifier les effets produits par cette écriture tardive sur la formation de la personne et l’estime de soi à partir de l’étude de quatre récits de vie d’appelés du contingent.

**“Récurrence du stress post-traumatique chez des anciens déportés âgés.  
Une perspective historique et psychologique”**

**Emmanuel Monfort**, Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire (LPPL, EA 4638), Univ. Angers; Laboratoire Interuniversitaire de Psychologie (LIP, EA 4145), Univ. Grenoble Alpes  
Gilles Trehel, Centre d’Etudes en Psychopathologie et Psychanalyse (CEPP, EA 2374), Univ. Paris VII.

Vanina Brière, Centre de Recherche d’Histoire Quantitative (CRHQ, UMR 6583), Univ. Caen ;  
Fondation pour la Mémoire de la Déportation (FMD)

*Cette recherche a été initiée et soutenue par la Fondation pour la Mémoire de la Déportation (FMD)*

Le retentissement psychique de la déportation a été largement étudié, y compris plusieurs dizaines d’années après la fin de la seconde guerre mondiale, paraissant se traduire par des symptômes de stress post-traumatique chez les hommes et par un accroissement des troubles de la santé liée au vieillissement chez les femmes (Landau & Litwin, 2000). Pourtant, pour les traumatismes vécus au début de l’âge adulte, le passage du temps (événements de vie, comorbidités) favorise la confusion entre ce qui relève du vieillissement et du traumatisme (Averill & Beck, 2000). Dans cette perspective, les archives historiques peuvent fournir une source d’information précieuse, à la fois pour situer l’origine d’un trouble, pour caractériser les

conditions du développement d'une symptomatologie psychique et pour objectiver les difficultés vécues par des personnes âgées dans une perspective de développement « vie entière ».

La récurrence du stress post-traumatiques à long terme a été étudiée au moyen de la version française de la Clinician Administered PTSD Scale, chez 43 rescapés de la déportation devenus âgés, au regard des effets de leur fragilité physique évaluées au retour des camps et des effets de la reconnaissance sociale, selon leur statut de déporté politique, ou de déporté résistant.

Une analyse factorielle exploratoire a permis de dégager une solution à cinq facteurs : (1) réminiscences diurnes, (2) dysphorie, (3) troubles du sommeil et de la concentration, (4) troubles du comportement et (5) troubles de la mémoire et réactions de sursaut. Les rescapées de la déportation en raison de lois raciales (déportés politiques) sont apparus ne pas se distinguer des anciens résistants déportés par leurs symptômes de stress post-traumatique à long terme. En revanche, l'état de santé au retour des camps a montré qu'il distinguait les anciens déportés uniquement en termes de troubles de la mémoire et de réactions de sursaut.

*Averill, P. M., & Beck, J. G. (2000) Posttraumatic stress disorder in older adults: A conceptual review. Journal of Anxiety Disorders, 14(2), 133-156.*

*Landau R, Litwin H. (2000). The effects of extreme early stress in very old age. Journal of Traumatic Stress 13(3), 473-87.*

## **Atelier n°2 : Mémoire traumatique collective au décours des conflits**

### **“Traumatisme et atteintes mémorielles en Algérie”**

**Latéfa Belarouci**, Psychologue clinicienne, Enseignant-chercheur. UPJV. Amiens

En réponse aux violences intentionnelles : terrorisme, génocides, guerres... des dispositifs tels que des mémoriaux, des commissions de vérité ... sont mis en place dans une perspective de travail de mémoire et dans l'espoir de transformer la douleur en souvenir et ce afin d'éviter la répétition de la haine et de la vengeance. Nombre de pays, dont l'Algérie, ont souvent recours à une politique de réconciliation, voire d'amnistie afin de maintenir ou de retrouver une paix sociale. Or, les politiques de réconciliation telles qu'elles sont pensées décrètent le silence et l'oubli et par là-même l'interdiction de savoir. Or, le déni voire la disqualification de ce qui a eu lieu empêche toute possibilité de réparation et de gestion du traumatisme, de la culpabilité et de la honte dans un cadre historique, social et communautaire ; tout comme le silence imposé est destructeur du lien social car elle ampute la mémoire collective d'une partie essentielle de son histoire. Ainsi à l'intentionnalité des agresseurs, s'ajoute l'intentionnalité des Etats qui, dans leur mise en place d'un processus politique de rétablissement de la paix civile et de la sécurité, tente d'effacer l'Histoire à travers de lois amnistiantes qui non seulement annihilent toute possibilité de subjectivation des événements traumatiques mais de plus favorisent la création de lacunes dans la mémoire individuelle et collective.

Comment transformer le ou les événements traumatiques, le hors sens en souvenir lorsqu'il y a négation de ces événements? Comment vivre avec l'insupportable lorsque l'impunité et l'absence de mémoire collective laissent les survivants dans l'impossibilité de témoigner, l'impossibilité de faire un travail de deuil ? Comment se reconstruire lorsqu'on est face à un interdit de dire et de se remémorer ? Que peuvent dire et transmettre les parents lorsqu'ils se heurtent à des déformations et/ou à des « silenciations » de l'Histoire officielle ? C'est à ces questions que tentera de répondre cette communication.

## « Crises collectives et interventions d'urgence durant les commémorations du génocide commis contre les Tutsi au Rwanda »

**Darius Gishoma**<sup>1</sup>, Jean-Luc Brackelaire<sup>2</sup> & Naasson Munyandamutsa<sup>3</sup>

Au Rwanda, les commémorations annuelles du génocide s'accompagnent d'une recrudescence des crises collectives au cours desquelles plusieurs personnes se trouvent plongées au même moment, sur un même site, dans des expériences de réviviscence et des symptômes divers avec une intensité qui trouble toute l'assemblée.

A travers cette communication, nous tenterons de décrire ces crises dans lesquelles souffrances individuelles et collectives se mêlent et se manifestent soudainement sur un espace public, les problèmes de prise en charge posés par l'apparition de ces crises au milieu des années 2004 ainsi que les principes clés de l'intervention engagée pour y faire face durant ces huit dernières années. Il s'agira, à partir de l'exemple de ces crises, d'ouvrir un débat sur les formes d'expression de la mémoire traumatique ainsi que sur l'émergence du travail d'élaboration dans un contexte post-génocide.

---

<sup>1</sup> Psychologue clinicien au Département Santé Mentale/ Kigali Health Institute (Rwanda) et doctorant à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université Catholique de Louvain (Belgique). E-mail : [gisho3@yahoo.fr](mailto:gisho3@yahoo.fr)

<sup>2</sup> Professeur à la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université Catholique de Louvain, Professeur à la Faculté de droit et à la Faculté de philosophie et lettres de l'Université de Namur, Psychologue clinicien au Centre de guidance de Louvain-la-Neuve (Belgique)

<sup>3</sup> Psychiatre-psychothérapeute au Service de consultations psychosociales (Rwanda), et directeur de recherche à l'institut de recherche pour le dialogue et pour la paix (Rwanda)

## Atelier n°3 : Mémoire traumatique et création artistique

### “ Art-Thérapie et psychotraumatisme ou comment l’Art-Thérapie à dominante théâtre peut recréer des repères stables aux victimes de traumatismes psychiques ”

**Fanny Lizion**, Art-Thérapeute, Villeurbanne

Une immersion de 6 mois dans l'unité de psychotraumatologie de l'hôpital Tenon à Paris a permis de dégager certaines hypothèses concernant la pertinence et la faisabilité d'une prise en charge en art-thérapie à dominante théâtre auprès des victimes de traumatismes psychiques.

L'art-thérapie – définie comme "l'exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire" (Forestier, 2007) – peut-elle contribuer au mieux-être de la personne victime de traumatismes psychiques ? Comment l'activité artistique permet-elle de réinjecter du sens là où les repères ont été disloqués ?

Nous nous focaliserons ici sur la notion de *repère* "considérée comme une condition de la santé mentale" (Munyandamutsa, 2002). Il s'agira de s'intéresser à la fois à la perte des repères internes engendrée par le trauma, et la valorisation de nouveaux repères spatio-temporels permise par l'expérience théâtrale.

Le trauma, vécu comme expérience insensée, entraîne un besoin réel pour la victime de sortir de cette atteinte du psychisme par une reconstruction de repères internes perdus lors de l'évènement traumatisant.

Nous verrons comment le théâtre, dans une application thérapeutique, permet de redonner du sens au non-sens de l'évènement psychique vécu, en réintégrant des repères précis tels que sont les codes théâtraux. Le microcosme de l'espace scénique (du grec *micros*, "petit" et *cosmos*, "monde"), fournit une image représentative d'une structure plus vaste, celle de la société et implique l'apprentissage de codes spécifiques de communication, de relation, et d'expression.

Cette prise en charge singulière semble pouvoir favoriser, auprès des "patients-acteurs", l'acquisition d'outils essentiels donnant la possibilité de se resituer dans un espace et un temps commun, et limite les répercussions sociales négatives consécutives au traumatisme.

#### **Bibliographie :**

Munyandamutsa Naasson, *Question du sens et des repères dans le traumatisme psychique : réflexion autour de l'observation clinique d'enfants et d'adolescents survivants du génocide rwandais de 1994*, éd. Médecine et Hygiène, Paris, 2002.

Forestier Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 5ème éd., Favre, Lausanne, 2007.

### “ Défaut d'ingérence, paroles de casques bleus ”

**Séverine Leroy et Anne Kropotkine**, Rennes

Qu'est-ce qu'être casque bleu ? Un casque bleu n'est pas un militaire comme un autre. Il se couvre, le temps d'une mission ou de plusieurs, de la couleur bleue. Le casque bleu est une figure que l'on reconnaît mais le connaît-on seulement ? Savons-nous ce qui se passe, ce qui se joue dans la tête de ces militaires pas comme les autres, dans la force de leurs souvenirs heureux ou malheureux ? Le casque bleu nous interroge, nous représente. Il est celui par qui

nous espérons que les horreurs commises pendant la Seconde Guerre mondiale ne se reproduiraient plus. Le casque bleu peut être exposé aux frictions, contradictions, aberrations des ordres et désordres de la politique internationale et reste malgré tout dans la permanence de son devoir d'obéissance.

Si de nombreux films et documentaires ont investi le champ du traumatisme psychique de guerre chez les soldats, peu ont questionné la figure particulière du casque bleu. A travers une série d'entretiens menés auprès de ces hommes et femmes ainsi que de médecins psychiatres militaires, nous chercherons à faire émerger une parole plurielle sur la figure du casque bleu lorsqu'il se trouve confronté à des situations critiques. Nous tisserons alors un dialogue entre les voix de ces témoins et une langue poétique écrite dans le sillage de leur rencontre. Notre création sonore sera composée d'entretiens, d'écriture poétique et d'une composition musicale de Gwendal Ollivier en lien avec l'ensemble de ces matériaux.

## Atelier n°4 : Mémoire traumatique et neuro-imagerie

### “Mémoire et perception chez l'adolescent présentant un état de stress post-traumatique : une étude de cas en neuroimagerie”

Fanny Dégeilh<sup>abcd</sup>, Jacques Dayan<sup>abcdef</sup>, Stéphanie Egret<sup>abcd</sup>, Malo Gaubert<sup>abcd</sup>, Florence Mézenge<sup>abcd</sup>, Pierre-Jean Egler<sup>abcde</sup>, Fabian Guénolé<sup>abcde</sup>, Jean-Marc Baleyte<sup>abcde</sup>, Francis Eustache<sup>abcd</sup>, Bérengère Guillery-Girard<sup>abcd</sup> et Armelle Viard<sup>abcd</sup>

<sup>a</sup> U1077, INSERM, Caen, France

<sup>b</sup> UMR-S1077, Université de Caen Basse-Normandie, Caen, France

<sup>c</sup> UMR-S1077, Ecole Pratique des Hautes Etudes, Caen, France

<sup>d</sup> UMR-S1077, CHU de Caen, Caen, France

<sup>e</sup> Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CHU de Caen, Caen, France

<sup>f</sup> Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CHGR, Rennes 1, France

Les dysfonctionnements mnésiques et l'altération de la perception de soi sont au centre du développement et du maintien de l'état de stress post-traumatique (ESPT) [1]. Notre étude vise à étudier la perception de soi ainsi que son influence sur le fonctionnement mnésique chez des adolescents témoins n'ayant subi aucun traumatisme et chez des adolescents présentant un ESPT. Nous avons étudié, en IRM fonctionnelle d'activation, 30 adolescents témoins de 13 à 18 ans (15 filles, âge moyen :  $15,9 \pm 1,6$  ans) et une adolescente de 17 ans présentant un ESPT relatif à un abus sexuel. Dans l'IRM, ils ont réalisé une tâche de perception de soi durant laquelle ils devaient juger si des adjectifs décrivant des traits de personnalité les caractérisaient ou non (condition soi) ou s'ils étaient positifs (condition sémantique, contrôle), puis, lors d'un test de mémoire, les reconnaître parmi d'autres adjectifs. Nos résultats mettent en évidence que les adolescents témoins reconnaissent significativement plus d'adjectifs jugés dans la condition soi que dans la condition sémantique. Comme chez l'adulte [2], cette meilleure mémorisation de l'information relative à soi met en jeu une activation plus importante des cortex orbitofrontal médian, cingulaire antérieur, frontal supérieur médian, cingulaire postérieur et du précunéus. Bien que la patiente reconnaisse également mieux les adjectifs relatifs à soi et ce de façon comparable aux témoins, elle présente des hyperactivations de l'amygdale, de l'hippocampe antérieur et du précunéus et des activations moins importantes du cortex orbitofrontal par rapport aux témoins. Ces régions, dont l'activation est perturbée chez la patiente, sont impliquées dans la mémoire autobiographique [3] à la base du sentiment d'identité (le soi). Ces résultats sont retrouvés dans les études de l'ESPT chez l'adulte, confirmant ainsi que ces régions sont impliquées dans la symptomatologie de cette pathologie [4].

[1] Brewin (2011), *Annu Rev Clin Psychol*, 7, 203-27.

[2] Northoff et al. (2011), *Consciousness and Cognition*, 20, 52–63.

[3] Cabeza & St Jacques (2007), *Trends Cogn Sci*, 11, 219–27.

[4] Pitman et al. (2012), *Nat Rev Neurosci*, 13, 769-87.

## **“Altération des mécanismes de conditionnement à la peur dans l'Etat de Stress Post-Traumatique : apport de l'IRM fonctionnelle”**

**Pierre François Rousseau<sup>1,2</sup>, S. Aubert-Khalifa<sup>2</sup>, P. Clervoy<sup>1</sup>**

1 : Hôpital d'Instruction des Armées Sainte-Anne, Toulon, France.

2 : Institut de Neurosciences de la Timone, Marseille, France.

### **Introduction**

Avec une prévalence vie entière estimée entre 8 et 11% aux États-Unis, l'État de Stress Post-Traumatique (ESPT), constitue un enjeu majeur de santé publique. L'ESPT constitue une spécificité médico-militaire. Ainsi, 33,4 % des vétérans des guerres Operation Iraqi Freedom et Operation Enduring Freedom pour la période 2002-2006 présentent un trouble psychiatrique dont un ESPT. La neurobiologie de l'ESPT est mal comprise. Néanmoins, l'hypothèse prévalente est que la symptomatologie de l'ESPT découle d'une perturbation des mécanismes cérébraux impliqués dans la réponse à la peur. Le modèle de conditionnement à la peur et son extinction semble être un bon modèle de l'ESPT car il reproduit l'incapacité des patients à inhiber leur traumatisme.

### **Matériels et méthodes**

Nous commencerons par présenter un exemple de modèle de conditionnement à la peur en Imagerie par Résonance Magnétique Fonctionnelle (IRMf). Puis, nous recenserons les principales études indexées dans Medline en IRMf utilisant le modèle du conditionnement à la peur dans l'ESPT et nous en présentons les résultats.

### **Résultats**

Les principales structures cérébrales impliquées dans la réponse à la peur comprennent le cortex préfrontal médian (CPFm), l'amygdale, le thalamus, l'hippocampe et la partie dorsale du cortex cingulaire antérieure (CCAd). Une hyper activation amygdalienne associée à une hypo activation du CPFm a été observée. L'hyper activité amygdalienne semble corrélée à la sévérité des symptômes de l'ESPT. L'hypothèse principale est que le CPFm du fait de son hypo activité n'inhibe plus suffisamment l'hyper activité de l'amygdale. Cependant, des études ont montré des résultats contradictoires, avec une hyper activation conjointe du CPFm et de l'amygdale.

### **Discussion et Conclusion**

L'altération des mécanismes centraux dans la réponse à la peur chez les patients présentant un ESPT nécessite des études complémentaires. Cette meilleure compréhension ouvrirait la voie pour de nouvelles thérapeutiques.

## **Atelier n°5 : Mémoire traumatique et état de conscience modifié**

### **“Psychothérapie de l’Etat de Stress Post-Traumatique par exposition visuelle (double dissociation de PNL) et verbale (écriture-lecture du trauma) sous Propranolol”**

**Docteur Jacques Guinard**, Psychiatre, Rouen, [dr.guinard@wanadoo.fr](mailto:dr.guinard@wanadoo.fr)

Pour optimiser les résultats thérapeutiques de la double-dissociation de Programmation Neuro Linguistique et de l'exposition par écriture et lecture du récit du trauma sous Propranolol utilisées isolément, une étude a observé cinq patients souffrant d'états de stress post-traumatique bénéficiant de l'association de deux méthodes. Les symptômes d'ESPT se sont nettement améliorés. Les effets des deux approches pourraient se renforcer. Une confirmation par une étude contrôlée serait nécessaire.

### **“Souvenir traumatique, traitement hypnotique par technique de réification”**

**Marion Fareng**<sup>1,2</sup> & Plagnol Arnaud<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Université Paris 8, Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie EA 2027

<sup>2</sup>Centre du Psychotrauma - Institut de Victimologie, Paris, [marion\\_far@hotmail.com](mailto:marion_far@hotmail.com)

Le souvenir traumatique, par sa composante émotionnelle, donc corporelle et visuelle, est rapporté par les sujets présentant un état de stress post-traumatique (ESPT) sous forme d'images, de formes et de couleurs variées. Par exemple, les flash-backs (l'altération de la mémoire la plus fréquente) sont accompagnés de sensations corporelles, de même que les métaphores utilisées par les patients pour exprimer leur ressenti. Tous ces éléments perceptifs sont autant de possibilités de travailler au plus près du vécu du sujet à l'aide de techniques hypnotiques de réification.

L'avantage qu'offre ces techniques spécifiques est de pouvoir travailler sur le ressenti du patient et non sur la réalité de l'événement. En effet, un tiers des sujets présentant un état de stress post-traumatique sont amnésiques partiellement ou totalement à propos de l'événement (Brown, 1995). De plus, de multiples études alertent sur le risque d'émergence de faux souvenirs d'une part dans le cas de trauma, et d'autre part avec l'utilisation de techniques suggestives comme l'hypnose. Or avec cette approche utilisant la réification, l'hypnose ne constitue plus une contre-indication mais bien un moyen de soulager la souffrance des sujets manifestant un ESPT en utilisant la représentation qu'ils se font de leur ressenti.

Nous illustrerons cette perspective hypnothérapeutique à partir de vignettes cliniques.

## Atelier n°6 : Mémoire traumatique et neuropsychologie

### “Inhiber l'accès conscient aux souvenirs réduit leur influence inconsciente ultérieure”

**Pierre Gagnepain**<sup>1,2,3,4</sup>, R.N. Henson<sup>5</sup>, M.C. Anderson<sup>5</sup>

<sup>1</sup> INSERM, U1077, Caen, France, <sup>2</sup> Université de Caen Basse-Normandie, UMR-S1077, Caen, France, <sup>3</sup> Ecole Pratique des Hautes Etudes, UMR-S1077, Caen, France, <sup>4</sup> Centre Hospitalier Universitaire, U1077, Caen, France, <sup>5</sup> MRC Cognition and Brain Sciences Unit, Cambridge, England.

**Correspondance** : [pierre.gagnepain@inserm.fr](mailto:pierre.gagnepain@inserm.fr)

#### Introduction

L'envahissement du souvenir traumatique constitue le cœur de la symptomatologie du syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Le paradigme *Think/No-Think* (TNT), principalement étudié chez le sujet sain et durant lequel l'accès conscient à une information récemment apprise doit être bloqué volontairement, permet d'étudier les mécanismes cérébraux sous-tendant la suppression volontaire des souvenirs<sup>1</sup>.

Les études de neuro-imagerie utilisant le paradigme TNT ont montré que le blocage de la récupération mnésique s'accompagne d'une inhibition de la réponse hippocampique opérée par le cortex préfrontal dorso-latéral (CPFDL), limitant ainsi non seulement l'accès conscient à la trace mnésique mais sa récupération ultérieure en mémoire explicite<sup>2-4</sup>. Il reste cependant à déterminer si l'inhibition volontaire des souvenirs s'accompagne ou non d'une dégradation de leur contenu perceptif altérant jusqu'à leurs expressions les plus inconscientes.

#### Méthode

Après avoir appris 72 paires de mots-objets divisées selon les conditions *Think* (T), *No-Think* (NT), et *Baseline* (B), l'activité cérébrale des participants était enregistrée en IRMf pendant qu'il réalisait le paradigme TNT (Fig-1a). L'amorçage neuronal et comportemental reflétant l'activité de la mémoire implicite liée au contenu perceptif de la trace mnésique<sup>5</sup>, étaient alors mesurés lors d'une tâche de dénomination pour les items T, NT, et B en comparaison à de nouveaux items (i.e. *Unprimed* ; UP).

#### Résultats/Discussion

Nos résultats montrent qu'inhiber volontairement l'accès conscient aux souvenirs d'objets visuels réduit leur influence ultérieure lors de la perception de ces mêmes objets (Fig1B) et altère les marqueurs cérébraux de cette mémoire perceptive inconsciente (Fig-2a/b). Ce mécanisme de suppression est sous-tendu par le CPFDL (Fig-2c) dont la fonction est d'inhiber l'activité néocorticale visuelle lors du processus de récupération en mémoire. Ces résultats permettent d'établir un modèle neurobiologique de l'oubli volontaire des souvenirs qui pourrait aider à mieux comprendre la dérégulation des capacités de contrôle mnésique observée dans le SSPT.

#### Références :

- [1] Anderson & Green (2001). *Nature*, 410, 131-34 ;
- [2] Benoit et al (2012). *Neuron*, 76, 450-460
- [3] Anderson et al (2004). *Science*, 303, 232-35 ;
- [4] Depue et al (2007). *Science*, 317, 215-19
- [5] Henson (2003). *Prog. Neurobiol.*, 70, 53-81

## **“Etude des processus mnésiques impliqués dans la survenue des reviviscences traumatiques”**

**Rebecca Godard** (1), Cyril Tarquinio (2), Javier Barcenilla (3)

(1) Psychologue, Doctorante en psychologie de la santé, Université de Lorraine, Unité de recherche APEMAC EA 4360. Équipe de psychologie de la santé.

correspondance : [godard.rebecca@gmail.com](mailto:godard.rebecca@gmail.com)

(2) Professeur des Universités, Unité de recherche APEMAC EA 4360. Équipe de psychologie de la santé

(3) Maitres de conférences, Laboratoire INTERPSY-ETIC EA 4165

En 2009, Holmes et al. ont montré que la réalisation d'une tâche visuo-spatiale («Tetris») dans les suites d'une exposition à un film traumatique diminuait le nombre d'intrusions liées au film. Les participants du groupe « Tetris », rapportent significativement moins de flashbacks que le groupe contrôle. Nous avons répliqué cette étude en 2011 afin de voir si nos résultats seraient similaires et dans l'objectif d'affiner la compréhension des processus cognitifs impliqués dans la genèse des symptômes de reviviscences. Malgré une procédure semblable, nos résultats n'étaient pas les mêmes. Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes. En 2012, nous formulons l'hypothèse que toutes les images n'ont pas le même « poids » en mémoire et que l'ordre de présentation des images a un impact sur leur mémorisation. Nous avons évalué deux vidéos présentant des séquences vidéo d'une manière croissante ou décroissante concernant la charge émotionnelle provoquée. Après avoir vu la vidéo, les participants (N=88) ont été invité à répondre à une série d'affirmations portant sur le film afin d'évaluer si la réalisation de la tâche visuo-spatiale pouvait interférer sur la mémoire de travail. Nos résultats ne montrent pas de différences significatives entre les groupes concernant le nombre d'intrusions. Nous n'observons pas d'effet significatif de l'ordre de visionnage des séquences vidéo sur la performance relative à la tâche de rappel. Des tendances sont tout de même observées. A travers deux études, nous avons tenté d'approfondir la compréhension des mécanismes cognitifs impliqués dans la genèse des reviviscences traumatiques. Aujourd'hui, nos résultats ne nous permettent pas de répondre à nos hypothèses. Cette absence de résultats est-elle due à une absence d'effet des variables étudiées ou à des biais matériels ou procéduraux ?

### **Bibliographie :**

Alberini, C. (2010). *Long-term Memories: The Good , the Bad , and the Ugly. Cerebrum*, 1–13.

Baddeley, A., Chincotta, D., & Adlam, A. (2001). *Working memory and the control of action: evidence from task switching. Journal of experimental psychology*, 130(4), 641–657.

Brewin, C., & Smart, L. (2005). *Working memory capacity and suppression of intrusive thoughts. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 36(1), 61–8.

Deepröse, C., Zhang, S., Dejong, H., Dalgleish, T., & Holmes, E. (2011). *Imagery in the aftermath of viewing a traumatic film: Using cognitive tasks to modulate the development of involuntary memory. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43(2), 758-764.

Ehlers, A. (2002). *The nature of intrusive memories after trauma: the warning signal hypothesis. Behaviour Research and Therapy*, 40, 995-1002.

Holmes, E., James, E., Coode-Bate, T., & Deepröse, C. (2009). *Can playing the computer game “Tetris” reduce the build-up of flashbacks for trauma? A proposal from cognitive science. PloS one*, 4(1).

Lang, T., Moulds, M., & Holmes, E. (2009). *Reducing depressive intrusions via a computerized cognitive bias modification of appraisals task: developing a cognitive vaccine. Behaviour research and therapy*, 47(2), 139-45.

## “Emotions, coping et syndrome psychotraumatique”

**Docteur Patrice Louville, M. Albert-Blanc**, Service de Psychiatrie Universitaire de l'Adulte & du Sujet Âgé (Pr F. LIMOSIN), Hôpitaux Universitaires Paris Ouest (AP-HP) site Corentin Celton

Au cours d'un état de stress post-traumatique (ESPT) sont ressenties des émotions intenses : peur, honte, culpabilité, horreur. L'ESPT est souvent associé à la dépression, elle-même à l'origine d'émotions négatives (tristesse, désespoir). Par ailleurs, le maintien de l'ESPT est fréquemment associé à certains modes de coping (évitement) tandis que d'autres stratégies permettraient une évolution positive du trouble (résolution de problème, recherche de soutien social). Nous avons tenté de mieux cerner les liens entre le vécu d'émotions positives ou négatives, le mode de coping et la symptomatologie psychotraumatique et dépressive.

22 sujets suivis dans une consultation de psychotraumatisme et maltraitance ont été évalués au cours de leur prise en charge. Ces sujets adultes avaient été confrontés à un événement traumatogène unique moins de quatre ans avant l'évaluation.

Les instruments utilisés étaient des auto-questionnaires :

- la PANAS-X (traduite en français pour cette recherche), permettant d'évaluer l'affectivité positive et négative, ainsi que onze émotions spécifiques
- la WCC-R, permettant d'évaluer cinq modes de coping
- la BDI-II, permettant d'évaluer la symptomatologie dépressive
- la PCL-S, permettant d'évaluer la symptomatologie psychotraumatique

Les résultats montrent des corrélations fortes entre certaines émotions négatives (peur, tristesse, hostilité, timidité) et l'intensité de la symptomatologie psychotraumatique, tandis que la symptomatologie dépressive est corrélée positivement à la tristesse et à la fatigue, et négativement à la confiance, à la sérénité et à l'attention.

Pour le coping, la résolution de problème est corrélée à l'attention et à la jovialité, la réévaluation positive à la sérénité et à l'attention, et l'autoaccusation à la culpabilité. Seul l'évitement est corrélé fortement à la symptomatologie psychotraumatique, tandis que la réévaluation positive est corrélée négativement à la dépression.

Nos résultats montrent que certaines émotions sont plus particulièrement utilisées au cours de l'évolution d'un ESPT, et sont associées à des stratégies de coping qui vont permettre ou non une évolution positive du trouble. Ces constatations, qui devraient être reproduites sur un effectif plus important de sujets psychotraumatisés, peuvent avoir une incidence sur l'abord psychothérapeutique de l'ESPT.

## **Atelier n°7 : Mémoire traumatique et prise en charge clinique**

### **“Trauma, mémoire et maternité”**

**Docteur Jean Jacques Chavagnat**, Psychiatre référent CUMP Poitou Charentes.

La maternité a la plupart du temps une image de bonheur. Les difficultés éventuelles de l'accouchement sont souvent vite oubliées. La famille félicite la mère, le père et ne tarit pas d'éloges sur ce bébé plein d'avenir.

Parfois la grossesse, l'accouchement et les relations mère bébé ne sont pas si calmes. Ce que l'on croyait enfoui, oublié vient frapper à la porte. Les événements traumatiques reviennent en mémoire et viennent "colorer" la maternité d'un inquiétant voile noir.

La consultation de périnatalité et l'unité mère bébé de Poitiers ont permis à ces mères de prendre conscience du refoulé et du besoin d'aide pour devenir mère malgré tout. La révolution de la maternité va rallumer "l'ancien volcan que l'on croyait éteint" et un accompagnement long et spécialisé sera indispensable. Ce travail de prévention des troubles de la relation mère bébé permettra un bon développement de l'enfant.

### **“Le deuil post-traumatique : quand le trauma fait obstacle au travail de mémoire. Perspective psychodynamique et enjeux psychothérapeutiques”**

**Célia ATAIN KOUADIO-ZAFFARONI**, Psychologue Clinicienne, Unité Médico-Judiciaire, Service de Médecine Légale. Hopitaux de Brabois – CHRU Nancy.  
correspondance : [c.zaffaroni@chu-nancy.fr](mailto:c.zaffaroni@chu-nancy.fr)

Comment cohabitent psychiquement la mort de soi et la mort de l'autre ? La problématique de la confrontation au réel de la mort prime t'elle sur le deuil ou est-ce l'expérience de perte qui relègue le trauma au second plan ?

A partir d'une vignette clinique, l'auteur analyse les facteurs de complications respectifs du deuil et du trauma lorsqu'ils se surajoutent, et tente de dégager les mécanismes intra-psychiques à l'œuvre dans le processus de mentalisation ainsi que leurs interactions réciproques.

Ces mécanismes correspondent à des mouvements internes qui peuvent s'opposer et agir comme un conflit psychique. Sur quelles voies de dégagement peut s'appuyer le sujet victime et endeuillé ?

Comment définir les objectifs psychothérapeutiques quand le syndrome de répétition agit comme un frein au **travail de mémoire** qui est au cœur du processus de deuil ?

Quels destins croisés du trauma et du deuil lorsqu'ils se conjuguent et se compliquent mutuellement ? La démarche clinique s'attache à dégager des facteurs de résilience à partir de l'illustration d'un cheminement psychothérapeutique singulier.

### **“Sur un cas de Syndrome de Lazare”**

**Jean-Yves Guiroy**, Psychiatre Hospitalier Référent CUMP 79, Anne-Sophie Baron Psychiatre Hospitalier Assistante. correspondance : [jean-yves.guiroy@ch-niort.fr](mailto:jean-yves.guiroy@ch-niort.fr)

Jeune femme de 26 ans adressée à notre consultation par son médecin généraliste pour état anxio dépressif d'intensité moyenne mais ne s'améliorant pas après 15 jours de traitement par de seuls anxiolytiques. En fait cet état est la complication d'un ESPT qui s'est installé dans les suites du rapt et de la garde en otage de son fils de 5 ans. Cela se passe dans une grande ville de l'Afrique francophone où elle est arrivée depuis 3 mois pour suivre son mari « expat » pour une multinationale. L'enfant est libéré après paiement par l'employeur de la rançon. Elle disait

ne pas avoir supporté l'attente angoissante alors qu'elle était laissée en dehors des négociations. L'état dépressif s'étant nettement amélioré après 2 mois de traitement, elle rejoint son mari à Paris laissant son fils chez ses parents. Une lettre lui est remise pour un suivi spécialisé à Paris.

Se représente 7 ans après pour demander une nouvelle lettre d'introduction, ne s'étant pas fait suivre à son départ de Niort. A changé d'habitus. Divorcée, a suivi des tenanciers de bar où elle « traitait » son anhédonie et ses angoisses, employée de bar à Genève, en Belgique mais surtout à Barcelone et Ibiza. Mais elle veut changer et retrouver une vie plus régulière.

Ce changement de personnalité évoque le syndrome de Lazare décrit par Clervoy mais initié en littérature par Cayrol, Blanchot et Malraux.

## Posters :

### “Prise en charge des psycho-traumatismes par l’approche thérapeutique EMDR en psychiatrie”

**Didier DONNEAU**(1), Mounir HAMRIOUI (1), Charlène HETEAU(1), Yoan SCOUARNEC (1), Evelyne DIPONIO (1), Saifoulaye BARRY(1), Olivier FERRIC(1), Odile MAILLET(2), Anne HERON(2)(3), Pierre PARIS(1)

(1) Psychiatrie CH Dreux - (2) Unité de Recherche Clinique URC28 CH Dreux (3) - Université Paris Descartes

#### Introduction :

L'objectif de cette étude a été de tester l'efficacité de l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) sur les psycho-traumatismes rencontrés dans le contexte psychiatrique.

#### Matériels et méthodes :

L'étude a porté sur 40 patients adultes (âgés de 43±10 ans ; SR 0.68), pris en charge pour psycho-traumatisme en psychiatrie, à l'hôpital de Dreux, de novembre 2011 à avril 2013. Le traumatisme remontait à 9±13 ans (min12 jours-max50 ans).

Les protocoles EMDR utilisés ont été de 2 types selon l'ancienneté et le type de traumatisme subi :

- protocole standard, dans le cas de traumatismes simples (TS ex:AVP) ou multiples (TM, répétition de traumatismes simples) (n=19) : la mémoire traumatique a été retraitée en 8 phases, en commençant par le traumatisme le plus ancien.
- protocole inverse, pour les traumatismes complexes (TC, traumatismes multiples survenus sur une période prolongée avec assujettissement de la victime, maltraitements dans l'enfance, sévices prolongés) (n=21). Ici, l'intervenant a cherché à stabiliser le patient avant de désensibiliser les déclencheurs de perturbation, en commençant par traiter le traumatisme le plus récent.

#### Résultats :

Les résultats montrent que les TC et TM nécessitent plus de séances EMDR que les TS (7 vs 3 séances/patient en moyenne). Le retraitement cognitif du traumatisme a pu être complet dans 61 % des cas de TS vs 30 % de TM et 41% de TC, avec une augmentation de la validité des cognitions pour faire face aux déclencheurs (score VOC) et une diminution des perturbations subjectives à l'évocation des souvenirs (score SUD). Enfin, le nombre de patients souffrant de troubles psychosomatiques en plus du psycho-traumatisme, est passé de 78% à 44%, à la fin de la PEC EMDR.

#### Conclusion :

L'EMDR est une approche thérapeutique efficace utilisable en psychiatrie pour la PEC de psycho-traumatismes récents et simples ainsi que dans le cas de traumatismes multiples, complexes et plus anciens.

**10h45 – 11h45 : 3ème séance plénière.**

**“Blocage de la reconsolidation du souvenir traumatique :  
résultats et mode d’emploi”**

**Professeur Alain Brunet**, département de Psychiatrie, Université McGill, Montréal, Directeur, division de recherche psychosociale, Institut Douglas, Editeur adjoint, Journal of Traumatic Stress

Chez l’animal et chez le sujet sain, la théorie de la reconsolidation montre que le rappel d’un souvenir déjà consolidé récapitule en partie le processus de consolidation mnésique, rendant le souvenir de nouveau labile et vulnérable aux interférences lors de son réencodage. Chez l’homme, selon plusieurs, un souvenir surconsolidé expliquerait la pathologie post-traumatique. À des fins thérapeutiques, nous avons tenté de diminuer la force d’un tel souvenir en le ravivant, puis en bloquant sa reconsolidation. Cette conférence fait état de nos avancées –et celle des autres- dans ce domaine.

**12h – 12h30 : Synthèse, bilan et perspectives.**

**“Quelles conceptions de la place et du sens du traumatisme  
dans la mémoire de l’être humain ? “**

**Docteur Patrick Genvresse**, Pédopsychiatre, CUMP du Calvados

**12h30 – 12h45 : Conclusion des journées.**

**Professeur Louis Jehel et Professeur Guillaume Vaiva**

**Les 15èmes journées de l'Association de Formation et de Recherche des Cellules  
d'Urgence Médico Psychologique, Société Française de Psychotraumatologie**

Ont été organisées à Caen par

l'Association de Formation et de Recherche des Cellules d'Urgence Médico Psychologique,  
Société Française de Psychotraumatologie

Et

Le Centre d'Etude et de Recherche sur les Risques et les Vulnérabilités

Avec,

Le Centre Hospitalier Universitaire de Caen  
L'Etablissement Public de Santé Mentale de Caen

En partenariat avec :

La Direction Générale de la Santé  
L'Agence Régionale de Santé de Basse Normandie  
La Région Basse-Normandie  
Le Département du Calvados  
La Mairie de Caen  
L'Université de Caen Basse Normandie  
La Fédération Trauma Suicide Liaison Urgence

Avec la participation de :

Le Crédit Coopératif  
L'EPRUS  
La MACSF  
Psychomédia magazine  
Traumapsy

Et le soutien de l'industrie pharmaceutique :

Le laboratoire Astra-Zeneca  
Le laboratoire Eisai  
Le Laboratoire Lundbeck  
Le Laboratoire Otsuka Pharmaceutical