



VENDREDI 27 MAI 2011

8h45 à 9h30

Allocutions d'ouverture

Amphi LOMBOIS

Michel LAFORCADE, Directeur ARS Limousin
 Marie-Françoise PEROL-DUMONT, Députée, Présidente Conseil Général Haute-Vienne
 Alain RODET, Député, Maire de Limoges
 Antoine PACHECO, Directeur Centre Hospitalier Esquirol
 Jacques FONTANILLE, Président de l'Université de Limoges
 Denis VALLEIX, Doyen Faculté de Médecine de Limoges
 Claude BURSZTEJN, Président SFPEADA

9h30 à 10h45

Séance Plénière :

Amphi LOMBOIS

Rapport introductif :

Président : Claude BURSZTEJN (Strasbourg) / Discutants : Jean-Philippe. RAYNAUD (Toulouse),
 Bruno FALISSARD (Paris)

Spécificité du traumatisme chez l'enfant et l'adolescent : B OLLIAC (Limoges)

10h45 à 11h15

Pause

11h15 à 12h45

Table ronde : Comment aborder le traumatisme aujourd'hui ?

Président : R. Mises (Paris) / Discutant : D. MARCELLI (Poitiers)

Visions psychanalytiques actuelles du traumatisme : M-M BOURRAT (Limoges)

Traumas, cultures et migrations. Perspectives de soins : M.R MORO (Paris)

12h45 à 13h00

Remise du prix de la SFPEADA

13h15 à 14h45

Symposium Satellite du Laboratoire SHIRE :

Amphi B

"Traumatisme et TDAH : quels liens et quelle prise en charge?"



VENDREDI 27 MAI 2011 APRES-MIDI

15h00 à 16h30

Tables rondes en parallèle :

TR1 – Y a t-il une clinique du traumatisme ?

Amphi LOMBOIS

Président: Paul BIZOUARD (Besançon) / Discutant : Pascal LENOIR (Chinon)

- 1) *Vers une théorie du traumatisme en 3 temps : B. GOLSE (Paris)*
- 2) *Y a t-il un traumatisme pour le psychiatre ? J. CONSTANT (Chartres)*
- 3) *Clinique et vision sociale : Comment recouper les 2 visions ? J. CHAMBRY (Gentilly)*

TR2 - Transmission du traumatisme

Amphi A

Président: Martine MYQUEL (Nice) / Discutant : Jean-Marc BALEYTE (Caen)

- 1) *Traumatismes et traces : données expérimentales : D. COHEN (Paris)*
- 2) *Transmission du traumatisme mère-bébé : S. TORDJMANN (Rennes)*
- 3) *Traumatisme de l'enfance et risque de démence dans le grand âge - J.P. CLEMENT (Limoges)*

TR3 - Evaluation du traumatisme

Amphi C

Président: Christian MILLE (Amiens) / Discutant: Hélène LIDA-PULIK (Paris)

- 1) *Réflexions critiques sur les interventions en urgence lors du traumatisme d'AZF : M. VIGNES (Toulouse)*
- 2) *Approche anthropologique du traumatisme : R. RECHTMAN (Paris)*
- 3) *Comment est évalué le traumatisme par les structures juridiques : B. VILETTE (Limoges)*

16h30 à 16h45

Pause



VENDREDI 27 MAI 2011 APRES-MIDI

16h45 à 18h15

Cartes blanches en parallèle :

**CB1 Laboratoire de Psychologie de l'Université de Paris Descartes-Paris XIII Nord :
Violences et traumatisme à l'adolescence :**

Amphi A

Président: Philippe DUVERGER (Tours) / Discutant: Nicole CATHELINE (Poitiers)

- 1) Qui agresse qui ? Traumatisme, passage à l'acte et identifications projectives à l'adolescence: J.Y. CHAGNON (Bourges)
- 2) Violence interne, violence agie. L'adolescence entre perte et quête d'objet F. HOUSSEIER (Paris)
- 3) Violence de l'inceste et traumatisme pubertaire : F. MARTY (Paris)

CB2 Laboratoire INSERM U 923 « Neuropsychologie et Neuroanatomie Fonctionnelle de la Mémoire Humaine » F.EUSTACHE (Caen) :

Amphi B

Trauma : Approche neuropsychologique de la mémoire et de l'identité :

Président: Jean-Marc BALEYTE (Caen) / Discutant : Bernard KABUTH (Nancy)

- 1) La mémoire et le self : J.M. BALEYTE (Caen)
- 2) Mémoire, empathie et trauma de l'adolescent : J.DAYAN (Rennes)
- 3) Self et mémoire dans l'ESPT : P.J.EGLER (Caen)

CB3 Société MARCE Francophone :

Amphi LOMBOIS

Traumatisme en période périnatale :

Président: Sylvie NEZELOFF (Besançon) / Discutant : Patrick CHARDEAU (Montesson)

- 1) Impact traumatique des naissances prématurées : conséquences pour les parents, les bébés et les liens : A.L. SUTTER (Bordeaux)
- 2) Reviviscence traumatique lors de la grossesse et de la naissance, des abus sexuels subis pendant l'enfance : C. RAINELLI (Limoges)
- 3) Quand mère et bébé doivent être séparés à la naissance : quels retentissements ? Quelles alternatives ? C Isserlis (VERSAILLES)

CB4 Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP 93 – CUMP 94) :

Amphi 250

Intervention Médico-Psychologique au plus près du traumatisme à propos de l'expérience des CUMP :

Président: Florent COSSERON (Montesson) / Discutant: Maria SQUILLANTE (Brest)

- 1) Bébé et trauma dans la prime enfance : T. BAUBET (Paris)
- 2) Fratrie et famille face au trauma : H. MARICHEZ (Bobigny)
- 3) Enfants, adolescents et pairs face au trauma : H. ROMANO (Créteil)

CB5 Laboratoire de Psychologie Appliquée Amiéno-Remois

Amphi C

Président: Gérard SCHMIT (Reims) / Discutant: Robert VOYAZOPOULOS (Paris)

- 1) Honte et empathie, au cœur du traumatisme : S. TISSERON (Paris)
- 2) Naissance prématurée : la mère et son enfant, les enjeux d'une rencontre singulière : A-C ROLLAND (Reims)

18h30

Assemblée générale de la SFPEADA

Amphi LOMBOIS

20h30

Dîner du congrès (sur inscription)

Salle Augustorium



SAMEDI 28 MAI 2011 MATINEE

9h00 à 10h30

Tables rondes en parallèle :

TR4 - Traitement du traumatisme :

Amphi A

Président: Arnaud CROCHETTE (Dinan) / Discutant: Michel AMAR (Nantes)

- 1) Quelles stratégies pharmacologiques devant un psychotraumatisme. - L.JEHEL (Paris)
- 2) Thérapie systémique des violences domestiques - G.SALEM (Lausanne)
- 3) Des modèles neurobiologiques du trauma, à la prise en charge psychologique: une approche translationnelle - L.OUSS (Paris)

TR5 - Traumatisme en images :

Amphi B

Président: Florence ASKENAZY (Nice) / Discutant: Michel WAWRZYNIAK (Amiens)

- 1) La Thérapie familiale de réseau des systèmes maltraitants : M. NISSE (Paris) - P. SABOURIN (Paris)
- 2) Après l'évènement traumatique, quelle autre vie ? Réflexions sur la clinique du trauma au Liban. : M. GANNAGE (Beyrouth)
- 3) Oradour sur Glane : Comment fut enregistrée la mémoire d'un crime de guerre : M. WILMART (Limoges)

TR6 - Traumatisme précoce et attachement :

Amphi LOMBOIS

Président: Gisèle APTER (Paris) / Discutant: Antoine GUEDENEY (Paris)

- 1) Transmission transgénérationnelle du traumatisme à la lumière de l'attachement. N.GUEDENEY (Paris)
- 2) Effets de l'intervention sur les comportements désorganisant parentaux dans l'étude A CAPEDP : S.TERENO (Paris)
- 3) Un exemple d'intervention à domicile dans CAPDEP : J.TISSIER (Paris)

10h30 à 11h00

Pause

11h00 à 12h30

Ateliers : (Voir Sommaire page 6 & 7)

- 1) A1 - Le potentiel traumatique de la maternité
- 2) A2 - Du traumatisme d'être parent
- 3) A3 - Elaboration du traumatisme
- 4) A4 - Le corps en jeu
- 5) A5 - Evènement de la vie
- 6) A6 - Relaxation et traumatisme
- 7) A7 - Inscription du traumatisme, impact sur les soignants
- 8) A8 - Traumatisme et violences
- 9) A9 - Séparation(s)
- 10) A10 - Traumatismes réels et soins

Inscriptions aux ateliers dans le hall d'accueil



SAMEDI 28 MAI 2011 APRES MIDI

14h00 à 17h00

Séance Plénière

Amphi LOMBOIS

14h00 à 16h00

Table ronde :

Président : Catherine JOUSSELME (Gentilly) / Discutant : Anne DANION- GRILLAT (Strasbourg)

Un traumatisme majeur : le mal absolu que l'être humain fait à l'être humain :
C. CHILAND (Paris)

Identité individuelle et collective : Entre histoire et mémoire : F. DOSSE (Paris)

Représenter l'irreprésentable : Jean-François ROCHE – C.PLOUGEAUT (Limoges)

16h00 à 16h45

Conférence :

Résilience et empathie : N. GEORGIEFF (Lyon)

16h45

Conclusions :

C. JOUSSELME (Gentilly) / B.OLLIAC (Limoges) / C.BURSZTEJN (Strasbourg)



SOMMAIRE DES ATELIERS

- A1** **LE POTENTIEL TRAUMATIQUE DE LA MATERNITE** **page 28**
- Joëlle ROCHETTE « LE BABY BLUES : UNE REPOSE AU DEFICIT INTERSUBJECTIF DANS LE POST-PARTUM IMMEDIAT : PERDRE OU GARDER LA FACE »
 - Jacques DAYAN « LE DELIRE DANS LA PSYCHOSE PUERPERALE »
 - Blandine GUETTIER « QUELLE EST LA PART DU TRAUMATISME DANS L'HISTOIRE DE LA MERE PARTICIPANT A LA CREATION DES PHOBIES D'IMPULSION ? »
 - Monique BYDLOWSKI « FOETICIDES ET NEONATICIDES DANS LE CADRE D'IMG : EFFETS SUR LES PARENTS ET LE PERSONNEL SOIGNANT DE LA REALITE DE L'ENFANT MORT »
- A2** **DU TRAUMATISME D'ETRE PARENT** **page 30**
- Aurore PLAT « DEUIL ET TRAUMATISME PERINATAL »
 - Sylvie VIAUX-SAVELON « L'IMPACT DU TRAUMATISME SUR LA QUALITE DES RELATIONS PRECOCES »
 - Rose-Angélique BELOT « NAISSANCE ET REACTUALISATION DE TRAUMATISMES ET RENCONTRE AVEC LE BEBE »
 - Stéphanie STARACI « VIE ET MORT AU CREUX DE LA PARENTALITE GEMELLAIRE »
- A3** **ELABORATION DU TRAUMATISME** **page 33**
- François LASPOUGEAS « LE COMPLEXE DU GOELAND. LA LITTERATURE EXUTOIRE POSSIBLE AU TRAUMATISME »
 - Gabriela GUZMAN « LA CONVERSION RELIGIEUSE COMME RITE DE PASSAGE A L'ADOLESCENCE »
 - Catherine LE DU « UN ENFANT D'HIROSHIMA : LORSQUE LE CATACLYSME ATOMIQUE PEUT SE DIRE DANS UN MANGA AUTOBIOGRAPHIQUE ».
 - Hervé FISCHER « HARRY POTTER EST-IL PSYCHOTRAUMATISE ? »
- A4** **TRAUMATISME, STRESS ET CULTURE** **page 35**
- Rahmeth BOUAZIZ « CLINIQUE TRANSCULTURELLE DE L'ANOREXIE MENTALE : FACTEURS CULTURELS ET EXPRESSIONS SYMPTOMATIQUES »
 - Jean-Jacques DUMOND « L'AMNESIE POST-TRAUMATIQUE NE PROTEGE PAS DU STRESS »
 - Anne-Sophie GUT « L'ENFANT A FAIRE OU A NE PAS FAIRE : REGARD DES PSYCHIATRES SUR L'IVG 30 ANS APRES SA LEGISLATION ».
 - Vincent BACH « PRESENTATION DE L'EMDR DANS LES PRISES EN CHARGE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS »
- A5** **L'ENFANT DANS LA TOURMENTE** **page 37**
- Ruben SMADJA « LE TRAUMATISME ANTE OU ANTI-OEDIPE ? RENCONTRE AVEC LES ENFANTS DE SEDEROT »
 - Georges GACHNOCHI « DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS ISRAELIENS DANS UNE VILLE BOMBARDEE PENDANT LA SECONDE GUERRE DU LIBAN »
 - Agathe DE COIGNAC « MINEURS ISOLEES ETRANGERS : PENSER DES ESPACES THERAPEUTIQUES »
 - François GIRAUD « TEMPS SOCIAL ET TEMPS SUBJECTIF DANS L'ELABORATION DES TRAUMAS COLLECTIFS »



SOMMAIRE DES ATELIERS

A6	<p>RELAXATION ET TRAUMATISME</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yves RANTY « UN TRAUMATISME DESINCARNE » • Christophe PEUGNET « ADOLESCENCE : LE TRAUMATISME EST-IL LA OU ON LE PENSE : LA RELAXATION EST-ELLE CE QU'ON LA PENSE » • Philippe NUBUKPO « ADDICTIONS DE L'ADULTE, RELAXATION PSYCHOTHERAPIQUE ET EVOCATION DE TRAUMATISMES INFANTILES » • Andréa SERPA ROUEDE « DU LANGAGE DU CORPS VERS LES PREMIERES MISES EN MOTS » 	page 39
A7	<p>INSCRIPTION DU TRAUMATISME, IMPACT SUR LES SOIGNANTS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jean-Michel COQ « INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES D'URGENCE AUPRES D'ENFANTS SUR LE TERRAIN MEME DE LA CATASTROPHE : OBJECTIFS, CADRE ET LIMITES » • Rahmeth RADJACK « CONTRE-TRANSFERT ET TRAUMATISME PSYCHIQUE » • Alexandra LAURENT « LES INTERVENTIONS TRAUMATIQUES DES PROFESSIONNELS DE L'URGENCE » • Geneviève TIXIER-VALLIN « GESTION PSYCHIQUE DU TRAUMATISME CHEZ L'ENFANT » 	page 41
A8	<p>TRAUMATISME ET VIOLENCES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vincent BACH « ETUDE SUR LA FREQUENCE ET LES CARACTERISTIQUES DES REVES PREMONITOIRES DANS LES SITUATIONS POST-TRAUMATIQUES DES ENFANTS » • Elisabeth MARTIN « DEVENIR UN HOMME DANS UNE FAMILLE MARQUEE PAR UNE HISTOIRE DE VIOLENCES CONJUGALES ET D'ABUS SEXUELS » • Edith VOGEL « OUHH.. !! SYMPTOMES HONTEUX DE L'ENFANT, OU ECHOS TRAUMATIQUES TRANSGENERATIONNELS FANTOMATIQUES » • Elisabeth MARTIN « AU-DELA DE LA MALTRAITANCE : COMMENT PRENDRE SOIN DES PARENTS POURSUIVIS ? » 	page 43
A9	<p>SEPARATION(S)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kathiane PENDA « JUSQU'À CE QUE LA MORT NOUS SEPRE... DU TRAUMATISME A L'INSISTANCE DU SYMPTOME » • Alain SARFATI « SEPARATIONS TRAUMATIQUES » • Lise CONRAD-PASQUINI « LA DISPARITION DU MEILLEUR AMI ; UN TRAUMA MECONNU » • Véronika TALY « SEPARER POUR SOIGNER : ILLUSTRATION DE L'ACCOMPAGNEMENT DU PROCESSUS EN PEDOPSYCHIATRIE » 	page 45
A10	<p>TRAUMATISMES REELS ET SOINS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Denis MELLIER « LE TRAVAIL EN EQUIPE, CRISE ET TRAUMATISME DANS LES INSTITUTIONS SOIGNANTES » • Yvon DUBOIS « IMPACTS TRAUMATIQUES DES BRULURES GRAVES CHEZ LE JEUNE ENFANT » • Chantal PLOUGEAUT « ACHEVER DE NAITRE AU MONDE ET A SOI-MEME OU RETROUVER LE FIL DE SON HISTOIRE ET L'ECRIRE » • Carlos OCHOA TORRES « CLINIQUE DU TRAUMA : QUEL DEVENIR PSYCHIQUE ? QUEL AVENIR POSSIBLE ? » • Carmen SCHRODER « L'ANNONCE D'UN DIAGNOSTIC DE TROUBLES AUTISTIQUES CHEZ LE TRES JEUNE ENFANT » 	page 48
	<p>POSTER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guillaume ROUSSARIE « TDA/H : HYPOTHESE ETIOLOGIQUE EXECUTIVE ET/OU MOTIVATIONNELLE ? » • Jonathan LACHAL « ETUDE QUALITATIVE PAR LA PHOTOGRAPHIE DE LA PLACE DE LA NOURRITURE DANS LES RELATIONS FAMILIALES D'ADOLESCENTS PRESENTANT UNE ANOREXIE MENTALE OU UNE OBESITE » • Caroline BAILLY « NEVROSE ET CONFLIT NEVROTIQUE, DE FREUD A NOS JOURS, HISTORICITE ET ACTUALITE » • Bertrand OLLIAC « EVENEMENTS DE VIE TRAUMATIQUES, PREOCCUPATIONS ET TENTATIVES DE SUICIDE DES ADOLESCENTS » 	page 50



Journées Nationales de la SFPEADA

Vendredi 27 mai 2011



VENDREDI 27 MAI 2011

9h30 à 10h45

Séance Plénière :**Spécificité du traumatisme chez l'enfant et l'adolescent**

Président : Claude BURSZTEJN (Strasbourg) - Discutants : Jean-Philippe RAYNAUD (Toulouse) et Bruno FALISSARD (Paris)

Bertrand OLLIAC – Pédiopsychiatre - Pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CH Esquirol, Limoges - bertrand.olliac@gmail.com

Des témoignages de réactions psychotraumatiques datent de deux mille ans avant Jésus-Christ et au cours de l'histoire de nombreuses observations de troubles post-traumatiques ont été rapportées. Mais l'intérêt pour ces troubles est bien plus récent (première description d'une névrose traumatique par Philippe Pinel en 1809). Cet intérêt s'est accru pendant la seconde moitié du 19^{ème} siècle en particulier à la suite d'accidents ferroviaires. C'est Herman Oppenheim, neurologue allemand, qui le premier utilise le vocable de « névrose traumatique ». Par la suite Sigmund Freud, Pierre Janet, Sandor Férenczi, Otto Fénichel et d'autres participent à développer les connaissances sur les processus psychiques qui entrent en jeu dans les manifestations traumatiques. Les guerres ont fourni un matériel conséquent aux réflexions et aux expérimentations. En 1980, le DSMIII a introduit dans sa nosographie le trouble nommé « Post-Traumatic Stress Disorder » qui se présente en deux temps. Un premier temps de blessure psychique (trauma) et un deuxième temps avec un retour du passé qui ne cesse d'être présent. Ce concept, créé pour décrire les troubles dont souffraient des adultes, vétérans de la guerre du Vietnam, ne recouvre qu'une partie des aspects des syndromes liés aux traumatismes psychiques. Le traumatisme a des effets beaucoup plus larges. Ceci est encore plus vrai chez l'enfant. Les publications scientifiques sur le sujet se sont multipliées ces dernières années mais jusqu'à récemment bien moins de travaux concernaient les sujets jeunes. Anna Freud et Dorothy Burlingham sont les premières à s'être intéressées aux conséquences des traumatismes psychiques chez les enfants et ont décrit des syndromes de répétition. Mais c'est Leonor Terr qui a relancé l'intérêt pour les psychotraumatismes après la prise en otage des passagers d'un bus scolaire en 1976 en Californie. Par la suite de nombreux événements ont permis de préciser la nature et les mécanismes de ces troubles. Après avoir abordé les distinctions entre les notions de traumatisme, d'événements de vie, de stress voire de risque, nous nous rapprocherons des spécificités historiques du traumatisme de l'enfant, dont la reconnaissance tardive et les avancées effectuées. Les spécificités de la nature des traumatismes chez l'enfant et celles de la symptomatologie et de leurs évolutions seront aussi abordées. L'impact et les conséquences du traumatisme sont différents chez un être en devenir, les possibilités d'adaptation le sont aussi.

11h15 à 12h45

Table ronde : Comment aborder le traumatisme aujourd'hui ?

Président : Roger MISES (Paris) – Discutant : Daniel MARCELLI (Poitiers)

TRAUMATISME ET PSYCHANALYSE : COMMENT PASSER DE L'EXCITATION A LA MISE EN REPRESENTATION ?

Marie-Michèle BOURRAT - pédiopsychiatre, psychanalyste SPP, pôle de pédiopsychiatrie CH Esquirol Limoges – mmbourrat@gmail.com

De manière habituelle le terme de traumatisme est employé lorsque l'on cherche à désigner l'impact psychique d'un événement qui a marqué douloureusement une personne et son existence. Actuellement ce terme est sur-employé dans le langage commun et donne lieu quasi immédiatement à des réponses de l'ordre de l'acte destinées à en prévenir les conséquences. La notion de traumatisme est dès l'origine au cœur de la théorie psychanalytique ; elle occupe une place prépondérante au sein de l'œuvre de Freud, variant en fonction de l'évolution de sa pensée et toujours articulée avec l'excitation. De nombreuses personnalités psychanalytiques travailleront sur la place du traumatisme dans le développement de la psyché. Nous n'en reprendrons que deux : Férenczi et Winnicott en raison de leurs travaux sur « l'endommagement narcissique » du sujet par une absence de réponse adéquate de l'objet face à une situation de détresse, absence qui mutilé le moi et maintient un état traumatique quasi permanent. Ces travaux repris par de nombreux psychanalystes actuels donnent un éclairage nouveau sur la compréhension du traumatisme, on est passé de l'étude du débordement des défenses du sujet, du souvenir refoulé à la recherche de la réalité manquante. Le traumatisme est du côté du négatif en ce qu'il vient rompre la continuité du sentiment d'exister.



Dans cette situation l'accrochage au perceptif, la non-liaison par les représentations empêchent la mise en œuvre d'un processus dans lequel une représentation et le refoulement de celle-ci peuvent se constituer. Un nombre important d'enfants qui consultent en pédopsychiatrie aujourd'hui présentent une clinique de ce type : avec des histoires clairement traumatiques qui ont empêché la constitution d'une aire transitionnelle permettant la création d'un espace psychique différenciant réel et imaginaire ; Pour d'autres à l'inverse la notion de traumatisme est difficile à retrouver. Ce sont les traumatismes en creux dans lesquels l'accrochage au perceptif et au moteur vient effacer la possibilité d'imaginer un espace pour la pensée. Il est difficile pour ces patients de trouver comment les aider à entrer « en représentation ». La psychothérapie individuelle conduit bien souvent à une impasse où le seul travail possible est celui de « moi auxiliaire », sans qu'aucune intériorisation ne puisse se faire. Et pourtant le seul moyen que les situations évoluent est bien celui de la reprise d'une mise en représentation qui viendra faire entrer l'enfant dans la possibilité de construire son histoire, et ainsi de pouvoir en refouler le potentiel traumatique. Nous essaierons de montrer comment le travail de groupe peut permettre cette mise en représentation en passant par le travail émotionnel, puis par la figurabilité, par la représentation et parfois mais exceptionnellement par la mise en parole.

Traumas, cultures et migrations perspectives de soins :

Marie Rose MORO - Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Université de Paris Descartes, Chef de service de la Maison des Adolescents de Cochin-Maison de Solenn, AP-HP, Paris, www.mda.aphp.fr

La question des migrations internationales est devenue un axe important de nos sociétés multiculturelles, mouvantes et complexes. La clinique inscrite dans cette société doit se poser cette question des migrations et de leur impact parfois traumatique sur les êtres, sur les croyances, sur les trajectoires et sur les filiations. Nous analyserons comment faire du trauma migratoire une source de vie et de créativité pour les parents et leurs enfants.



TABLES RONDES EN PARALLELE

TR1 – Y a-t-il une clinique du traumatisme ?

Président : Paul BIZOUARD (Besançon) / Discutant : Pascal LENOIR (Chinon)

1- Vers une théorie du traumatisme en 3 temps :

Bernard GOLSE – Pédiopsychiatre - Professeur des Universités - Hôpital Necker Service de Pédiopsychiatrie – Paris - bernard.golse@wanadoo.fr

La théorie freudienne du traumatisme en deux temps nécessite quelques aménagements (contraction au sein du système interactif précoce, ou diffraction transgénérationnelle des deux temps du temps traumatisme) pour pouvoir être utilisée chez le bébé ou le très jeune enfant.

Aujourd'hui, avec les progrès de la médecine foetale et les recherches rétrospectives chez les adultes, une théorie du traumatisme en trois temps se profile, qui inclut désormais une prise en compte des inscriptions sensitivo-sensorielles prénatales.

2- Y a-t-il un traumatisme pour le psychiatre ?

Jacques CONSTANT – Médecin Honoraire des Hôpitaux Psychiatriques – Ancien Chef de Service en Psychiatrie Infanto-Juvenile au Centre Hospitalier de Chartres – jacques.constant28@wanadoo.fr

Nous envisagerons 3 cas de figure :

- le trauma par contiguïté
- le trauma par interférence
- le trauma par conflit de valeurs anthropologiques

D'une certaine façon **les traumatismes par contiguïté** représentent les possibles dégâts collatéraux qui font partie des risques d'un métier qui se pratique sur le terrain de la conflictualité intra et inter subjective. Notre champ d'intervention est soumis à d'incessants bombardements émotionnels. Vouloir aider psychiquement autrui c'est s'exposer à la contamination de ses difficultés à être. Nous examinerons à quelles conditions les réactions des « psy » à l'écoute des plaintes des traumatisés de la vie sont modulables par l'attitude de « neutralité bienveillante » que notre éthique recommande.

Les traumatismes par interférences au niveau individuel guettent autant les « psy » que le commun des mortels. Interférences entre la réalité interne des consultants et celle des praticiens se superposant aux analogies de situations: la réalité externe des autres pouvant interférer avec le vécu du moment chez l'aidant. Nous en donnerons quelques exemples, en soulignant la merveilleuse capacité des formes de psychopathologies les plus sévères à nous interpeller et à nous interpénétrer à des niveaux préconscients voire inconscients. Puis nous évoquerons les interférences avec l'évolution sociétale. Les conditions actuelles d'hospitalisation des adolescents, par exemple, ne constituent-elles pas une interférence avec nos valeurs ? Elles nous font en tous cas partager le traumatisme collectif vécu par la psychiatrie des adultes menacée par l'actuel projet de loi sécuritaire sur les « personnes faisant l'objet de soins psychiatriques »

Les traumatismes par conflit de valeurs anthropologiques sont probablement plus spécifiques à la pratique avec des enfants. Nous sommes exposés à des traumatismes plus insidieux, plus difficiles à définir car ils touchent aux représentations de l'enfance et à ce qui fonde notre idéal professionnel. Qui n'a pas ressenti la douloureuse certitude inavouable que cet enfant, qui est ici et maintenant devant nous, sera (que les raisons en soient naturelles ou/et culturelles) barré dans son évolutivité à venir ? Situation où se mélangent les valeurs éthiques et de défi technique, cette rencontre avec l'injustice de certains destins ne représente-t-elle pas le traumatisme fondamental du pédiopsychiatre et des équipes de soins ?

3- Clinique et vision sociale : Comment recouper les 2 visions :

Jean CHAMBRY – Pédiopsychiatre, praticien hospitalier, Chef du pôle adolescent, Fondation Vallée Gentilly – Inserm U669 – drchambry@ch-fondationvallee.fr

La notion de traumatisme est au cœur de la clinique psychodynamique. Elle occupe tout au long de l'œuvre de Freud une place importante. L'accent est successivement porté sur le traumatisme sexuel, sur le point de vue économique et sur le narcissisme. Dans l'Homme Moïse, Freud propose une théorie du trauma où se trouvent liés processus singulier et processus collectif, genèse des névroses humaines et psychologie des masses. Au-delà, des théorisations concernant le trauma narcissique et la structuration œdipienne, les expériences de perte que l'enfant vit inévitablement au cours de son premier développement, de la naissance à la problématique de la castration, sont incontestablement source d'excitation, et par conséquent plus ou moins traumatiques,

suivant la qualité de l'environnement qui peut ou non en atténuer les effets. Ces traumatismes sont nécessaires à la construction psychique mais nécessite un environnement suffisamment bon pour maintenir l'excitation à un seuil négociable.

Le pédopsychiatre se trouve alors confronté à une complexité majeure qu'il doit accueillir et non chercher à réduire en tenant compte de cette dimension qualitative de l'environnement tout en donnant une place à une possible réalité du traumatisme. Le traumatisme peut avoir des aspects positifs dans l'organisation ou la réorganisation de la psyché de l'enfant et des parents si toutefois la relation transféro-contre transférentielle permet l'émergence d'un travail de représentation. Il est classique d'insister sur l'importance du traumatisme dans sa réalité comme facteur pathogène. Une prise en compte excessive de la réalité ne suscite-t-elle pas un risque de dérive qui aboutirait à la disparition de la conflictualité intrapsychique ? Certes le contre transfert ne donne pas une réalité objective, mais il offre au clinicien les moyens de comprendre une situation et même d'avoir éventuellement accès à la réalité d'un traumatisme tout en contribuant à son élaboration.

Cependant ce modèle est fortement remis en question par d'autres approches théoriques du fonctionnement psychique. Pour certains mêmes, le traumatisme disparaît au profit d'un déterminisme biogénétique psycho environnemental où l'intersubjectivité est totalement absente. Pour d'autres, il se réduit à un événement bloqué, mis en attente dans le système limbique. Aucune mise en mémoire à long terme ne peut alors se faire et cela entraîne une activation orthosympathique invalidante et en particulier par le biais des centres de la peur amygdaliens. Ainsi l'INSERM désigne l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing comme le traitement le plus rapide et le moins pénible pour le patient dans le traitement des traumatismes psychiques. Cette thérapie d'intégration neuro-émotionnelle par stimulations bilatérales alternées par le biais de mouvements oculaires est la psychothérapie recommandée officiellement par l'HAS dans le traitement de l'état de stress post traumatique.

Ces nouvelles formes de thérapies semblent être soutenues par un discours social qui propose de vaincre ces traumatismes par une approche cognitivo-comportementale pour accéder au plus vite à un maximum d'épanouissement personnel.

TR2 – Transmission du traumatisme

Présidente : Martine MYQUEL (Nice) / Discutant : Jean-Marc BALEYTE (Caen)

1- Traumatisme et traces : données expérimentales :

David COHEN - Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, GH Pitié-Salpêtrière Paris – dcohen55@noos.fr

Si l'influence de l'environnement, et en particulier des traumatismes précoces, sur le développement de l'enfant et la survenue de psychopathologies est connue depuis les premières études épidémiologiques de la discipline, les vingt dernières années ont été marquées par des avancées importantes dans le champ des neurosciences, permettant de comprendre comment les traumatismes font trace au cours du développement de l'enfant.

A partir d'exemples paradigmatiques, comme ceux des séparations précoces par abandon ou deuil, je propose d'étudier ces traces laissées (1) au plan épigénétique dans l'étude de certains modèles animaux; (2) dans quelques psychopathologies comme les troubles externalisés; (3) mais aussi dans les systèmes biologiques fonctionnels ou anatomiques au cours du développement. A partir de données expérimentales issues de notre équipe, j'essaierai également de montrer comment ces traces peuvent rester inscrites à des niveaux non-conscients mais accessibles soit au travers d'une écoute spécifique (Cohen et al., 2011), soit au travers de l'expérience des interactions précoces mère-bébé (Viaux et al., soumis).

Cohen D, Milman D, Ventureyra V, Falissard B. Does psychodynamic experience enhances recognition of hidden childhood trauma? PlosONE 2011; 6: e18470

Viaux-Savelon S, Dommergues M, Rosenblum O, Bodeau N, Aidane E, Philippon O, Mazet P, Vauthier D, Feldman R, Cohen D. Prenatal ultrasound screening: false positive soft markers may alter mother-infant interaction. (submitted)

2- Transmission du traumatisme mère-bébé :

Sylvie TORDJMAN – Professeur en Pédopsychiatrie, Chef du Pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent de Rennes, Université de Rennes 1 et Centre Hospitalier Guillaume Régnier, s.tordjman@yahoo.fr

La transmission du traumatisme mère-bébé a été étudiée sous l'angle des effets des événements de vie stressants maternels sur le développement du bébé chez 432 femmes recrutées au cours du troisième trimestre de la grossesse. Les résultats font apparaître la nécessité de prendre en considération les événements de vie stressants survenus avant la grossesse et de raisonner en terme de réactivité individuelle au stress pondérée par des variables modératrices (comme le soutien social, la prévisibilité des événements potentiellement traumatiques ou la capacité de la femme à utiliser des stratégies de coping).

Les résultats seront présentés et discutés en soulignant notamment l'intérêt de s'inscrire dans une approche intégrée psychobiologique permettant d'étudier les effets simultanés du stress perçu maternel et du stress biologique pendant la grossesse sur le développement à court et long terme du bébé ainsi que sur les interactions précoces mère-bébé.



3- Traumatisme de l'enfance et risque de démence dans le grand âge :

Jean-Pierre CLEMENT, PU-PH, chef du pôle de psychiatrie de la personne âgée, CH Esquirol, Limoges. – pc4@ch-esquirol-limoges.fr

Les conséquences des traumatismes de l'enfance sont largement connues en psychopathologie. Les dommages psychiques à long terme ont fait l'objet de multiples études et réflexions s'appuyant sur des données de l'histoire de l'humanité, sur des spéculations psychodynamiques entièrement justifiées, mais aussi sur des résultats d'approches épidémiologiques longitudinales, voire des paradigmes biologiques explicatifs. Cela va des troubles de la personnalité à de nombreux troubles des conduites, addictives en particulier, et à presque finalement l'ensemble de la pathologie mentale, même de survenue tardive. Que penser alors d'un risque de développer une démence en vieillissant en lien avec une enfance traumatique ? La démence, maladie cérébrale hautement lésionnelle, mais on parle désormais de 'maladie d'Alzheimer et de syndromes apparentés', considérée comme un réel problème de santé publique, fait l'objet d'un nombre considérable de publications qui veulent contribuer à expliquer son étiopathogénie. À côté de l'énorme saga génétique, les études épidémiologiques s'attachent à repérer des facteurs d'impact (de risque ou protecteurs) et à proposer d'éventuelles attitudes préventives. Dans cette perspective, on s'aperçoit, qu'outre les facteurs de risque cardiovasculaires, il y a de plus en plus d'arguments pour ne pas négliger les facteurs psychopathologiques de 'risque de conversion' des troubles cognitifs considérés comme légers en une authentique démence. Ces facteurs, au demeurant polémiques, comportent les antécédents de dépression et de troubles anxieux et commencent à concerner aussi certaines personnalités pré-morbides. Mais le poids de la biographie et des événements de vie douloureux ne peut plus être minimisé par la communauté scientifique. Et les traumatismes de vie les plus délétères, nous le savons tous, 'remontent' aux premières années de la vie, lorsque l'humain se construit, tant sur le plan de sa personnalité (son caractère surtout et un peu de son tempérament) et de ses mécanismes de défense et d'affrontement qu'il va pouvoir déployer, que sur le plan de la maturation cérébrale et plus particulièrement de ses capacités adaptatives neuroendocrinologiques face aux différents types de stress (ou de contrainte prolongée). L'exposé se veut faire état des arguments dont on dispose en ce début du 21^{ème} siècle pour dire qu'une enfance réussie garantit d'un vieillissement réussi. Dans le cas contraire, un vieillissement non réussi, c'est une Maladie de l'Adaptation sur le chemin de la vie (MA – plutôt qu'une Maladie d'Alzheimer).

TR3 – Evaluation du traumatisme

Président : Christian MILLE (Amiens) / Discutante : Hélène LIDA PULIK (Paris)

1- Réflexions critiques sur les interventions en urgence lors du traumatisme d'AZF :

Michel VIGNES - Pédiopsychiatre, Equipe de liaison à l'Hôpital des Enfants, Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent ; CHU Toulouse - vignes.michel@chu-toulouse.fr

Le vendredi 21 septembre 2001 à 10 heures 17, une violente explosion se produit dans l'usine chimique AZF, filiale du groupe Total, qui représente une sorte de vestige industriel dans la capitale française de l'aéronautique. Le site lui-même est ravagé et l'onde de choc qui se propage dans la ville détruit ou endommage de nombreux bâtiments. Le bilan initial de 30 morts et de plus de 3000 blessés ne résume pas, loin s'en faut, les conséquences réelles et symboliques de cet événement sans précédent en France. Cette explosion va toucher principalement des quartiers pauvres ou populaires et plus particulièrement plusieurs écoles et collèges ainsi qu'un des sites universitaires, détruisant au passage le Centre Hospitalier Spécialisé du département dont les malades seront dispersés. Après une période de confusion, un flux régulier d'enfants et d'adolescents accompagnés par leurs familles, va venir à la rencontre des professionnels pris entre un élan de solidarité ou de compassion et une volonté de rationalisation, d'organisation et d'efficacité. Ce n'est alors ni le temps de la réflexion ni encore moins celui de la critique féconde. Dix ans après, on peut reprendre la lecture des travaux épidémiologiques consacrés aux conséquences sanitaires de l'explosion mais aussi, à travers des souvenirs et des témoignages, confronter la réalité des interventions en urgence lors de l'explosion d'AZF et les données actuelles de la littérature. On retrouve en effet les limites de l'anticipation, la nécessité de soutien concret et d'aide matérielle à des populations sinistrées, l'idéologie plaquée du débriefing, l'intérêt du travail psychothérapeutique familial mais aussi la capacité de mobilisation des professionnels, souvent en avance sur leurs institutions. Depuis la récente catastrophe industrielle de Fukushima, parce qu'elle touche ce et ceux qui nous ressemblent, on entend de nouveau des récits, bien sûr remaniés, de l'histoire d'AZF, montrant, si besoin était, combien les éléments traumatiques restent actifs ou plus simplement à quel point l'explosion a ébranlé le double mythe du Pays de Cocagne et de la sécurité technologique.



2- Approche anthropologique du traumatisme :

Richard RECHTMAN - Psychiatre et Anthropologue - Directeur d'études à l'EHESS - Rédacteur en chef de *l'Evolution psychiatrique* - Paris - r.rechtman@orange.fr

En moins de vingt ans le traumatisme psychique s'est imposé sur la scène publique pour énoncer tout à la fois l'horreur de la guerre, la mémoire des atrocités, l'injustice de l'accident, ou encore la blessure individuelle et collective. En son nom, désormais, on témoigne des atrocités, on répare les épreuves et on prouve la réalité des spoliations. Or, cette signification morale du traumatisme contraste singulièrement avec le soupçon qui pesait sur les blessures psychiques des combattants ou des ouvriers pour lesquels la notion de névrose de rente avait justement été inventée afin de disqualifier leurs demandes. L'histoire de ce renversement moral n'est pas seulement le produit d'une conquête scientifique, elle se révèle plus volontiers être la conséquence d'une mutation sociale sans précédent dans l'histoire de la psychiatrie dont les effets dans la clinique méritent d'être rediscutés.

3- Comment est évalué le traumatisme par les structures juridiques :

Bertrand VILLETTE – Avocat à la Cour – Limoges – bertrandvilette@avocatline.com

Le traumatisme apparaît comme une notion relevant plus du domaine médical que juridique. Le droit lui préfère les concepts de dommage ou de préjudice. C'est en réalité au travers du sort de la victime que s'appréhende la question de l'évaluation du préjudice. Un vaste courant tend depuis quelques années à replacer la victime au cœur du débat judiciaire. La prise en compte de son statut spécifique en fait un acteur clé du procès. Si la parole de la victime est, aujourd'hui, largement portée dans les enceintes judiciaires, et si cette parole contribue déjà, par la reconnaissance qu'elle implique du statut de victime, à la réparation, l'indemnisation effective du préjudice subi est une toute autre affaire, qualifiée, encore très souvent, de véritable parcours du combattant. Une fois posé le principe d'un droit à la réparation intégrale du préjudice, force est de reconnaître qu'à défaut d'une indemnisation spontanée et rarissime par l'auteur du dommage, ou d'une réparation par le mécanisme de l'assurance, l'indemnisation du traumatisme subi par la victime ne pourra se faire qu'au travers d'une action judiciaire contraignante engagée dans un certain délai (les règles de prescription faisant que le temps de l'indemnisation ne coïncide pas forcément avec le temps du traumatisme). L'indemnisation du traumatisme par le droit étant une indemnisation financière, son évaluation par le recours à une nomenclature des différents préjudices distinguant, pour l'essentiel, les préjudices patrimoniaux (objectifs) et les préjudices extrapatrimoniaux (subjectifs) peut apparaître insuffisante et ce, d'autant que l'évaluation ainsi obtenue pourra être, par la suite, corrigée par le Juge qui peut prendre en considération certains événements et, notamment, la propre faute de la victime dans la réalisation de son dommage pour limiter, voire même exclure, le droit à indemnisation. Si, au final, le recours au droit permet à la victime d'obtenir une compensation à l'atteinte dont elle a été l'objet, c'est souvent l'issue d'un parcours considéré, par beaucoup, comme un véritable traumatisme en lui-même.



CARTES BLANCHES EN PARALLELE

CB 1 Laboratoire de Psychologie de l'Université de Paris Descartes – Paris XIII :

VIOLENCES ET TRAUMATISME A L'ADOLESCENCE

Président : Philippe DUVERGER (Tours) / Discutante : Nicole CATHELIN (Poitiers)

1- Qui agresse qui ? Traumatisme, passage à l'acte et identifications projectives à l'adolescent :

Jean-Yves CHAGNON – Professeur de Psychologie Clinique et Psychopathologie – Psychologue- Psychanalyste (Bourges) – membre du CILA - Université Paris 13 - chagnon@univ-paris13.fr

L'adolescence se caractérise entre autre par ses remaniements identitaires-identificateurs (Marty, Chagnon, 2006) mettant à jour et à l'épreuve, la qualité de l'organisation psychique infantile. Quand celle-ci s'avère précaire du fait de la massivité des traumatismes narcissiques cumulatifs générant des souffrances narcissiques-identitaires (Roussillon, 2010), la nécessité de se défendre contre celles-ci prend des formes extrêmes où la différence soi/autrui est partiellement ou totalement perturbée. Des phénomènes d'identification projective à l'agresseur (Chagnon, 2010) sont susceptibles de dépersonnaliser et désubjectiver l'adolescent et conduire à des passages à l'acte, ou mieux recours à l'acte, où la victime vient incarner des parties de soi non subjectivées à dominer, écraser ou tuer. D'où notre titre « Qui est qui, qui agresse qui à l'adolescence » ? Deux exemples cliniques dramatiques serviront d'illustration à ces processus.

Chagnon J.-Y. (2010), Peut-on tuer (violer) par procuration ? Traumatisme et transmission transgénérationnelle, L'évolution Psychiatrique 2010 ; 75(1), 45-59.

Marty F., Chagnon J.-Y. (2006), Identité et identification à l'adolescence, Encyclopédie Médico-chirurgicale, 37-213-A-30.

Matot J-P, Roussillon R. (2010), La psychanalyse : une remise en jeu, Paris, PUF

2- Violence interne, violence agie. L'adolescence entre perte et quête d'objet :

Florian HOUSSIER – Psychologue clinicien, Psychanalyste, maître de conférence à 'Université Paris-Descartes (E.A 4056) – florian.houssier@noos.fr

L'usage de la violence physique résonne avec la violence des conflits internes à l'adolescence ; cet usage de la violence se substitue à celui de l'objet interne, dans le but de se sentir réel, ou encore à des fins personnalisantes. Dans notre présentation, nous investiguons, à partir de la psychothérapie de Serge, les mouvements propres à la dynamique psychique d'un adolescent en souffrance dont les symptômes font signe d'un vécu traumatique. Plus particulièrement, la prise de risque par la provocation de bagarres violentes est précédée par une longue période de passivité, sur fond de conflits internes, notamment dans la dynamique du lien père-fils.

3- Violence de l'inceste et traumatisme pubertaire :

François MARTY –Psychologue, Psychanalyste, Professeur de psychologie clinique et de psychopathologie, Directeur du Laboratoire de Psychologie Clinique et de Psychopathologie (EA 4056), Directeur de l'Institut de Psychologie, Université Paris Descartes. Président du Collège International de L'Adolescence (CILA) - fmarty2004@yahoo.fr

A partir de la présentation d'une vignette clinique retraçant quelques moments de la psychothérapie d'un adolescent aux prises avec de puissants fantasmes incestueux, nous essayerons de montrer comment les fantasmes pubertaires travaillent l'adolescent au corps, favorisant le plus souvent la traversée de l'expérience adolescente lorsqu'ils sont refoulés, mais pouvant aussi contribuer à des moments d'errance, voire à l'apparition de troubles graves du développement quand ils envahissent la vie psychique de ces adolescents.

Dans cette communication, nous nous attacherons à percevoir la dynamique du processus d'adolescence sous l'angle de la violence pulsionnelle agissant à la manière d'un traumatisme pouvant entraîner un passage à l'acte ou un effondrement chez les sujets les plus fragiles, et dans la perspective d'une élaboration de cette même violence pubertaire transformée en source de créativité.

Le rôle de soutien narcissique parental s'avère décisif lorsque la capacité de contenance psychique de l'adolescent se révèle insuffisante à traiter l'afflux d'excitations somatiques et psychiques occasionnées par l'entrée en puberté. Lorsque les mécanismes de défense de l'adolescent n'ont pu se constituer dans l'enfance et que le soutien narcissique parental est défaillant, le rôle du thérapeute consiste à accompagner l'adolescent dans sa capacité à affronter ses éprouvés pubertaires, à reconstruire ses défenses avant même toute tentative d'analyse de sa vie psychique.



CB2 Laboratoire INSERM U 923 « Neuropsychologie et neuroanatomie fonctionnelle de la mémoire humaine » F. Eustache (Caen)

TRAUMA : APPROCHE NEUROPSYCHOLOGIQUE DE LA MEMOIRE ET DE L'IDENTITE

Président : Jean-Marc BALEYTE (Caen) / Discutant : Bernard KABUTH (Nancy)

1- La mémoire et le self :

Jean Marc BALEYTE Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, INSERM U923 Caen - baleyte-jm@chu-caen.fr

Dans le cadre de la collaboration entre le service universitaire de pédopsychiatrie du CHU de CAEN et l'unité de recherche INSERM U 923, nous questionnons la contribution des modèles neuropsychologiques de la mémoire et du self pour la clinique et la recherche. Les deux thématiques particulièrement étudiées sont celle de la mémoire autobiographique chez les enfants avec autisme, dans ses liens avec la théorie de l'esprit, la conscience auto-noétique et le self et celle de la mémoire autobiographique chez des enfants soumis à des événements traumatiques, lesquels entraînent souvent une sur-généralisation des souvenirs autobiographiques. Nous en présentons certaines théories explicatives, en lien avec les représentations du self, avec les mécanismes de protection contre les affects dépressifs et avec la défaillance de certains processus inhibiteurs. La pertinence clinique et thérapeutique de ces modèles est questionnée par les intervenants de cette session, cliniciens et membres de l'unité de recherche.

2- Mémoire, empathie et trauma de l'adolescent :

Jacques DAYAN, Berengère GUILLERY, Unité INSERM U923 - jcdayan@gmail.com

Dès Lucrèce, l'existence d'une invincible et terrorisante reviviscence des scènes, qualifiées aujourd'hui de traumatiques, fut observée. Cette répétition peut être analysée dans le champ des processus mnésiques comme l'échec d'un processus de « mises en indices » qui permettrait l'encodage diffus de la représentation traumatique. Dans cette hypothèse la prévalence du recrutement du complexe amygdalo hippocampique lors de la présentation d'indices traumatiques jouerait un rôle majeur. Nous présentons ici une pré étude uniquement comportementale montrant chez l'adolescent présentant un état de stress post traumatique deux formes d'adaptation secondaire, l'une s'orientant vers la dégressivité avec conservation des performances cognitives, mais cliniquement un certain ralentissement moteur, et l'autre une tendance agressive et antisociale avec de moindres performances cognitives globales, mais une hypersensibilité aux indices traumatiques. Nous discuterons les relations entre ces modalités adaptatives, le rôle des structures cérébrales sous jacentes et la notion de référence à soi.

3- Self et mémoire dans l'ESPT :

Pierre Jean EGLER, Praticien Hospitalier Chu Caen, Service Universitaire de Pédopsychiatrie, INSERM U923 Caen

La perception spontanée de soi par l'individu, continue, unitaire, évidente et utile, ne résiste pas à une réflexion - philosophique ou scientifique - visant l'appréhension du Soi. La complexité de la pathologie mentale en particulier - là où justement la perception de soi se distord, le sentiment de soi échappe - nous oblige à enrichir notre représentation du psychisme d'outils théoriques qui décrivent un Soi multiple et varié : l'être qui se ressent ; l'individu pluriel dans son environnement, dans sa relation ; le corps pensant biologique, physiologique ; le sujet qui se raconte, dans son histoire.

Les théories neuropsychologiques du self, élaborées par l'observation des sujets sains comme par celle de situations pathologiques paradigmatiques, comme l'état de stress post-traumatique, contribuent à inscrire les modélisations fonctionnelles dans le fonctionnement cérébral.

L'étude de situations pathologiques où il existe une altération du sentiment de continuité de soi, une menace identitaire - dont l'un des modèles est l'état de stress post traumatique - permet de préciser les bases neurales du sentiment de soi, de la représentation de soi et leur intrication avec les processus mnésiques. Ces modèles enrichissent notre compréhension de la clinique et les perspectives de prise en charge des patients confrontés au traumatisme.

**CB3 Société Marce Francophone****TRAUMATISME EN PERIODE PERINATALE****Présidente : Sylvie NEZELOFF (Besançon) / Discutant : Patrick CHARDEAU (Montesson)****Argument :**

La période périnatale, par sa dimension transformationnelle tant corporelle que psychique, constitue une période sensible pour la constitution ou la réactivation de traumatismes, que ce soit pour les bébés et/ou les parents et les familles.

Certaines grossesses ou certaines naissances, par l'intensité des remaniements psychiques qui y sont associées, peuvent venir raviver des traumatismes anciens (violences, abus sexuel) ; d'autres par la survenue d'événements obstétricaux (détresse psychique majeure, naissance prématurée) portent en elles-mêmes les ferments d'une dimension traumatique.

Que les mères se situent dans le bouleversement émotionnel d'un événement grave actuel, ou qu'elles soient dans l'après coup d'un événement plus ancien, ce qui fait traumatisme est la collusion de la réalité du bébé et de sa naissance avec la part fantasmatique qui y était associée. La particularité de la période néonatale invite à s'interroger tant sur les voies de la transmission des traumatismes, que sur leurs éventuelles traces structurelles ou fonctionnelles.

1- Impact traumatique des naissances prématurées : conséquences pour les parents, les bébés et les liens :

Anne-Laure SUTTER-DALLAY - Psychiatre, Pédopsychiatre, Docteur en Psychologie, Praticien Hospitalier Réseau de Psychiatrie Périnatale Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte CH Charles Perrens Bordeaux – alsutter@ch-perrens.fr

La prématurité est une préoccupation majeure de santé publique: à l'âge de 5 ans, près de 40% des anciens grands prématurés présenteraient des troubles moteurs, sensoriels ou cognitifs. Les travaux ont jusque-là surtout insisté sur le poids des complications périnatales corrélées au risque de difficultés développementales à long terme. Mais un modèle multidimensionnel intégrant une dimension psychosociale semble devoir aujourd'hui être pris en compte pour étudier les multiples facteurs incriminés dans le devenir de l'enfant prématuré. En effet, les expériences émotionnelles extrêmement stressantes accompagnant les naissances prématurées, sont susceptibles d'influencer la qualité de la relation parents-enfant, et d'influencer le devenir développemental de l'enfant.

2- Reviviscence traumatique lors de la grossesse et de la naissance, des abus sexuels subis pendant l'enfance :

Christine RAINELLI - Psychiatre, Responsable de la Filière de Psychiatrie Périnatale CH Esquirol Limoges – christine.rainelli@ch-esquirol-limoges ; **Marie-Hélène ORLIAGUET** - Psychologue, Marie-Laure VILLARS -Sage-Femme - Filière de Psychiatrie Périnatale du CH Esquirol Limoges

La grossesse et l'accouchement confrontent certaines femmes à la reviviscence traumatique des agressions sexuelles vécues dans l'enfance.

L'irruption d'angoisses souvent non mentalisables pèjore alors gravement les étapes du devenir mère.

Les équipes d'obstétrique et les professionnels du soin psychique en périnatalité se laissent parfois surprendre par la violence de ces désorganisations tant somatiques que psychologiques. Derrière des symptômes pourtant souvent rencontrés dans cette période périnatale, se cache une problématique inhérente aux violences subies.

Accepter de l'entendre, et la reconnaître c'est l'enjeu du travail pluridisciplinaire réunissant professionnels de l'obstétrique, de la pédiatrie et des soins psychiques afin d'accompagner au mieux ces femmes dans leur maternité.

A partir de l'expérience de notre réseau de psychiatrie périnatale nous ferons une analyse rétrospective sur deux années de suivis de femmes pour lesquelles nous évoquerons les spécificités de leur souffrance et les réponses qui peuvent leur être apportées.

3- Quand mère et bébé doivent être séparés à la naissance : Quels retentissements ? Quelles alternatives ?

Catherine ISSERLIS - Praticien Hospitalier - Chef de service Centre Hospitalier de Versailles – cisserlis@ch-versailles.fr

Quand l'ordonnance de placement touche « tous les enfants nés et à naître », on peut légitimement se questionner sur le traumatisme auquel répond la répétition de la grossesse chez une femme qui voit tous ses enfants être successivement placés après la naissance.



Dans cette situation subie et celle, volontaire, de la part d'une femme qui après une tentative infructueuse d'avortement, demande un accouchement sous X, est-il possible de considérer les conséquences traumatiques d'un lien in utero qui ne se noue pas ou d'une séparation dès la vie fœtale ?

Si la complexité des situations vécues par les enfants nés dans ces circonstances ne permet pas de véritablement répondre à la question des conséquences traumatiques possibles dès la vie fœtale, nous nous interrogerons à partir de l'exposé de quelques une de ces situations extrêmes sur la difficulté des équipes soignantes à accompagner la grossesse, l'accouchement et la séparation post natale de ces femmes qui ne deviendront pas mère de façon à en diminuer les potentiels effets sur le bébé à naître.

CBA Cellule D'Urgence Médico-Psychologique (CUMP 93 – CUMP 94)

INTERVENTION MEDICO-PSYCHOLOGIQUE AU PLUS PRES DU TRAUMATISME A PROPOS DE L'EXPERIENCE DES CUMP

Président : Florent COSSERON (Montesson) / Discutante : Maria SQUILLANTE (Brest)

Argument :

La reconnaissance de la réalité des blessures psychiques potentiellement induites par un évènement traumatique a conduit à la multiplication des prises en charge des personnes impliquées (victimes, familles, responsables sauveteurs) au plus près de l'évènement. Les interventions d'urgence médico-psychologiques sont conçues pour des évènements potentiellement traumatogènes c'est-à-dire des évènements soudains, violents, imprévisibles impliquant des expériences de menace de vie pour la personne impliquée et organisées depuis 1997 via les SAMU par les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique.

La confrontation « au réel de la mort » peut avoir des conséquences multiples et difficiles à prévoir, d'où la mise en place de soins psychiques précoces pour les personnes impliquées au même titre que les soins somatiques. Si ces dispositifs permettent des prises en charge adaptées aux manifestations cliniques des blessés psychiques, ils nécessitent également la gestion des déliaisons institutionnelles consécutives à ce type d'évènement et susceptibles de venir en majorer l'impact. Les soins au plus près de l'évènement traumatique ne sont qu'une réponse à apporter aux personnes impliquées dans un évènement traumatique et ne peuvent être organisés sans cadre, sans limite et sans réflexion éthique des professionnels qui y participent. Nous constatons aujourd'hui une prolifération des « cellules de crise » et de multiples dérives quand aux interventions précoces lorsqu'elles ne sont motivées que par la seule bonne intention. L'évènement traumatique a une dimension de contamination traumatique non seulement pour les victimes impliquées, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes mais également pour les institutions et les professionnels. L'atelier proposé vise à présenter ces modalités d'intervention précoce au plus près de l'évènement traumatique. Une attention toute particulière sera portée à la question de la prise en charge des bébés et des jeunes enfants dont les manifestations de détresse psychique en immédiat comme en différé, restent trop souvent méconnues ou banalisées.

Thématiques proposées au sein de cet atelier

- Organisation des soins psychiques précoces et fonctionnement des cellules d'urgence médico-psychologique
- Intervention médico-psychologique immédiate auprès de bébés et de jeunes enfants exposés à un évènement traumatique
- Intervention médico-psychologique immédiate auprès du groupe familial
- Modalités d'intervention en contexte de catastrophe et dispositifs médico-psychologiques aéroportuaires. Souffrance institutionnelle et risques de survictimisation des impliqués suite à un évènement traumatique à propos des interventions en milieu scolaire suite au décès d'un enfant dans l'établissement.

1- Bébé et trauma dans la prime enfance :

Thierry BAUBET - AP-HP, CHU Avicenne, Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent et CUMP 93/SAMU 93, EA 3413 – thierry.baubet@avc.aphp.fr

La confrontation à un évènement traumatique est une épreuve pour tout enfant, mais son intensité est d'autant plus violente qu'elle touche des bébés et de très jeunes enfants. Pourtant la détresse des tout petits exposés au trauma, tarde à être reconnue par tous. Notre propos s'inscrit dans notre expérience de la prise en charge de nourrissons et d'enfants victimes d'évènements traumatiques dans la prime enfance. Nous rappellerons les spécificités de l'expressivité traumatique chez le bébé et l'enfant très jeune, puis nous présenterons les troubles susceptibles de se manifester dans de telles circonstances avant d'envisager les perspectives thérapeutiques.



2- Fratrie et famille face au trauma :

Héloïse MARICHEZ - AP-HP, CHU Henri Mondor, CUMP 94 et consultation de psychotraumatisme du SAMU-SMUR 94
 heloise.marichez@avc.aphp.fr

Autour de l'enfant victime d'un événement traumatique, la constellation familiale se trouve bouleversée et donne lieu à de multiples réaménagements. Ils peuvent être minimes et les répercussions rapidement assimilées par la famille ; dans d'autres circonstances, indépendantes de la gravité pénale ou matérielle de l'évènement, l'impact sur la famille peut être considérable et durable : parents, fratrie, grands-parents, famille élargie, chacun est susceptible d'être contaminé par la dimension traumatique de la situation. Nous illustrerons les conséquences de tels évènements sur la dynamique familiale et envisagerons des perspectives de prise en charge.

3- Enfants, adolescents et pairs face au trauma :

Hélène ROMANO - Psychologue clinicienne référente de la CUMP 93 et de la consultation de psychotraumatisme du CHU Avicenne - helene.romano@hmn.aphp.fr

Un grand nombre d'évènements traumatiques touchent simultanément plusieurs enfants, par exemple accident de car, décès violent en milieu scolaire. Ces contextes nécessitent de distinguer les répercussions au niveau individuel et les retentissements sur le groupe d'appartenance constitué par ces enfants ou ces adolescents. Nous aborderons ici le groupe de pair dans son ensemble, comme système exposé au traumatisme et nous présenterons des modalités possibles de prise en charge en immédiat à partir d'exemples issus de notre pratique clinique.

CB5 Laboratoire de Psychologie Appliquée Amiens-Remois

Président : Gérard SCHMIT (Reims) / Discutant : Robert VOYAZOPOULOS (Paris)

1- Honte et empathie, au cœur du traumatisme :

Serge TISSERON Psychiatre et Psychanalyste, Docteur en psychologie, Directeur de Recherches de l'Université à Paris Ouest Nanterre,

En cas de traumatisme, il n'est pas rare que la honte envahisse la victime. C'est le cas dans les traumatismes infligés par un autre être humain (maltraitements et agressions sexuelles), mais c'est aussi souvent le cas dans les traumatismes liés à des deuils (notamment en cas de suicide) et dans les catastrophes collectives (honte de ne pas s'être montré à la hauteur ou d'avoir été vu dans une situation déshumanisante). Cette honte est une émotion complexe à la fois totalement individuelle et totalement sociale, et qui, à la différence de la culpabilité et de la pudeur, menace tous les repères. De là, elle peut susciter aussi bien l'abattement que la violence ou le détachement. Celui qui s'y est enfermé ne peut en sortir que par une rencontre avec un interlocuteur qui le considère comme un semblable et le lui montre. Cette attitude est ce qu'on appelle l'empathie, qui accepte la réciprocité et implique les mimiques et l'échange des regards. Cette attitude empathique fait sortir de l'exclusion et ré-affilie à l'humain.

La Honte, psychanalyse d'un lien social (Dunod, 1992) et L'empathie, au cœur du jeu social (Albin Michel, 2010).

2- Naissance prématurée : La mère et son enfant, les enjeux d'une rencontre singulière :

Anne-Catherine ROLLAND, MD, PHD, MCU-PH Pédopsychiatre, Service de Psychothérapie de l'Enfant et de l'Adolescent – CHU Reims – acrolland@chu-reims.fr

Cet exposé discute la pathogenèse des troubles psychiques éventuellement retrouvés en période postnatale précoce chez l'enfant né prématurément, sa mère et leur entourage, dans une prise en compte multifactorielle. Les enjeux de la rencontre mère-enfant « ex utero », suite à la discontinuité entre l'ante et le postnatal induite par la naissance prématurée, apparaissent essentiels. A partir des différentes hypothèses émergentes de la discussion, des perspectives de prises en charge et de soutien pour l'enfant né prématurément et sa famille sont également envisagées.



Samedi 28 mai 2011



TABLES RONDES EN PARALLELE

TR4 – Traitement du traumatisme

Président : Arnaud CROCHETTE (Dinan) / Discutant : Michel AMAR (Nantes)

1- Quelles stratégies pharmacologiques devant un psychotraumatisme :

LOUIS JEHEL (1)(2), FRANÇOIS DUCROCQ (2)(3); (1) GH HOPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS-EST; (2) AFORCUMP-SFP WWW.AFORCUMP.DF.ORG; (3) CUMP59, CHRU DE LILLE

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES AUPRES D'ENFANTS EN PSYCHOTRAUMATOLOGIE

Malgré la prévalence importante des situations de psychotraumatismes concernant des enfants peu de données sont disponibles pour faire des recommandations formelles en terme de stratégies thérapeutiques pharmacologiques auprès des enfants souffrants d'état de stress post-traumatiques.

A partir des données de la littérature scientifique et de nos expériences de cliniciens nous pourrions situer les indications des différentes classes pharmacologiques utiles auprès d'enfants et d'adolescents lorsqu'une situation de stress aigu ou de stress post traumatique est constitué. Nous discuterons de l'intérêt et les limites du recours à un médicament de la classe des IRS, d'antipsychotiques de seconde générations et des thymorégulateurs. Nous aborderont directement les stratégies de recours en phase aiguë à des médicaments ayant une action anti-adrénérgique notamment concernant leur usage des les services d'urgence, en nous appuyant sur les mécanismes identifiées des processus de la consolidation du souvenir traumatique dans sa dimension physiologiques

2- Thérapie systémique des violences domestiques :

Gérard SALEM - Psychiatre et psychothérapeute FMH, Privat-Docent à la Faculté de médecine et de biologie de Lausanne, chargé de cours et superviseur aux Universités de Genève, de Paris VI et Paris VIII. Médecin directeur de la CIMI (Consultation Interdisciplinaire de la Maltraitance Intrafamiliale) – gerard.salem@cimi.ch

Une des voies psychothérapeutiques essentielles de la maltraitance familiale est l'approche systémique de la famille, qui met l'accent davantage sur les relations et interactions entre membres de la famille, que sur la psychodynamique individuelle. Ceci exige à la fois du tact et de la fermeté, et a pour objectif de redonner une chance au futur des relations intrafamiliales. L'orateur est depuis huit ans environ le directeur d'une consultation interdisciplinaire de ce genre d'approche à Lausanne, en Suisse, réunissant une vingtaine de thérapeutes (médecins, psychologues, éducateurs). Plus de deux mille familles ont consulté ce centre ambulatoire qui travaille en cothérapie et en réseau. Il expliquera les principes de base de cette approche et exposera quelques résultats obtenus par ce travail clinique.

Articles:

Salem G., Frenck N. Espoirs et limites de l'approche thérapeutique des familles maltraitantes. Sous la direction de Georges Glatz: Quels soins pour les familles maltraitantes? Publ. de l'État de Vaud, Lausanne, 2003.

Salem G. La cérémonie du pardon dans la thérapie des familles maltraitantes. *Psychiatre Sci Hum Neurosci.* 6 : 1-8, Springer, 2008.

Salem G. Ce bon père qui l'aimait. *Thérapie familiale de l'inceste. Santé Mentale*, no 156, p. 76-81, mars 2011.

Livres:

Salem G. *Le combat thérapeutique.* Ed. Armand Colin, Paris, 2006 (nouvelle édition revue et augmentée à paraître le 1er juin 2011).

Salem G. *L'approche thérapeutique de la famille.* Ed. Masson, Paris, 2009 (5e éd, revue et augmentée).

Salem G. *Maltraitance familiale: dévoiler, intervenir, transformer.* traité de 332 pages à paraître chez Armand Colin aussi le 1er juin 2011.

3- Des modèles neurobiologiques du trauma, à la prise en charge psychologique : une approche translationnelle :

Lisa Ouss – Pédopsychiatre – Necker Paris – lisa.ouss@wanadoo.fr

Les avancées des neurosciences ont bouleversé la manière dont nous pouvons comprendre l'expression clinique du traumatisme, et ses origines. Il est important de connaître les principales hypothèses dégagées par ces apports, pour plusieurs raisons. D'une part, elles nous permettent de mieux comprendre l'expression symptomatique des traumatismes, et d'envisager de nouvelles

manières de décrire, classifier les réponses aux événements potentiellement traumatiques. Elles nous permettent de mieux comprendre les notions de risque à l'exposition et de vulnérabilité des réponses aux événements traumatiques, et peut-être de mieux en prévenir les conséquences psychopathologiques. Enfin, elles nous proposent de nouvelles pistes thérapeutiques en cohérence avec les hypothèses neurobiologiques. Il s'agit donc de proposer, dans une approche translationnelle, c'est à dire allant des modèles neurobiologiques, à la clinique du patient, des modalités thérapeutiques qui intègrent ces données. Si la chimiothérapie découle très naturellement de cette démarche, nous verrons comment les psychothérapies peuvent aussi s'inscrire dans cette approche translationnelle. Nous développerons notamment comment certains auteurs proposent une « translation intégrative » des fragments sensoriels de la mémoire traumatique dans un système de mémoire déclarative (Peres 2008), ou selon un modèle considérant la psychothérapie comme un « processus d'extinction » (Yehuda 2006). Les notions de « reconsolidation » (Dudai 2004) sont alors pertinentes pour comprendre cette intégration. Ces bases permettent aussi de mieux comprendre et théoriser certaines techniques telles que l'EMDR (Stickgold 2002).

TR5 – Traumatisme en images :

Présidente : Florence ASKENAZY (Nice) / Discutant : Michel WAWRZYNIAK (Amiens)

1- La Thérapie familiale de réseau des systèmes maltraitants :

Martine NISSE – Directrice du centre, Thérapeute familiale **Pierre SABOURIN** - Psychiatre, psychanalyste et thérapeute familial Centre des Buttes-Chaumont – therapie.buttes-chaumont@wanadoo.fr

L'image clinique du traumatisme est transformée si on veut bien considérer le contexte de vie de l'enfant comme système maltraitant : l'inceste passé à l'acte par l'adulte est souvent associé à toutes les formes d'abandon et d'humiliations imaginables sur plusieurs générations. En référence théorique à la psychanalyse du pionnier en ce domaine Ferenczi, (identification à l'agresseur, fragmentation, confusion des langues) et aux systémiciens, Bateson, Nagy, Bowen, Elkaïm (double lien, éthique contextuelle, homéostasie, génogramme, résonance etc...), nous présenterons un extrait de « L'ombre du doute », long métrage d'Aline ISSERMAN (film primé au Festival de Venise 93). La séquence de thérapie familiale de réseau projetée sera commentée par Martine NISSE, éducatrice spécialisée, thérapeute familiale et co-scénariste du film. Comment un thriller en hommage à Hitchcock permet une certaine élaboration du traumatisme. Comment cette représentation en images d'un drame incestueux permet d'appréhender la spécificité de notre protocole d'intervention social judiciaire et thérapeutique.

Pierre Sabourin, psychiatre, psychanalyste et thérapeute familial, présentera ce nouveau cadre thérapeutique par l'évocation des schémas systémiques qui synthétisent cette innovation¹.

¹ *Quand la famille marche sur la tête. Inceste, pédophilie et maltraitances M NISSE P SABOURIN SEU*

2- Après l'évènement traumatique, quelle autre vie ? Réflexions sur la clinique du trauma au Liban :

Mirna GANNAGE – Beyrouth (Liban) - Docteur en psychologie clinique - Professeur de Psychologie clinique à l'Université Saint-Joseph, Beyrouth - Psychothérapeute à l'hôpital Hôtel-Dieu de France, Beyrouth - Présidente de l'Association Pour la Protection de l'Enfant de la Guerre– gmirna@inco.com.lb

La guerre constitue une réalité quotidienne pour des millions de personnes. Les événements traumatiques, sans engendrer nécessairement un traumatisme chez les individus, confrontent l'enfant et sa famille à ce qui n'est pas supportable. Les recherches que nous avons entreprises dans ce domaine mettent en évidence l'importance des réactions de l'entourage pour l'enfant. Elles montrent que l'anxiété des parents est un facteur aussi important que l'intensité des bombardements et le niveau d'exposition au stress.

Le destin des enfants de la guerre dépend de la nature du stress qu'ils ont connu et des possibilités qu'ils ont eues de pouvoir symboliser la violence. L'élaboration de la violence nécessite de développer des espaces de transformation qui puissent permettre l'accès à la mentalisation. Celui-ci se fera d'autant plus facilement que l'enfant a pu bénéficier d'un attachement précoce satisfaisant. Lorsque la violence ne peut pas être symbolisée, les enfants devenus adultes adoptent une attitude qui exclut naturellement le bonheur. Souvent, pour ces personnes, la dépression semble être un mode de vie et de rapport avec soi-même et avec les objets de leurs désirs.

Ainsi, les stratégies d'intervention auxquelles les professionnels ont recours dans la prise en charge des enfants traumatisés sont importantes. Elles déterminent l'évolution psychique ultérieure du patient.



Elles doivent amener progressivement l'enfant à s'exprimer, à mettre des mots sur l'irreprésentable. Il s'agit du « travail de l'histoire », travail au long cours visant à faciliter l'intégration de l'évènement à la dynamique de la vie psychique des patients. Ces propos seront illustrés par des situations cliniques.

3- Oradour sur Glane : Comment fut enregistrée la mémoire d'un crime de guerre ?

M. WILMART - Journaliste

Le 10 juin 1944 Oradour sur Glane subit un crime de guerre massif et particulièrement cruel : 642 victimes, femmes et enfants brûlés vifs dans l'église, village entièrement détruit par l'occupant. Oradour devint le symbole muséifié de la barbarie. Il est conservé depuis 67 ans dans son état de destruction, telle une tombe laissée ouverte pour l'éternité.

La tristesse fut imposée jusque dans l'architecture du nouvel Oradour construit en bordure du village martyr. La douleur s'ajouta à la douleur rendant le travail de deuil impossible pour les survivants soumis à une sorte de double peine dans cette France en quête de rédemption après les années noires.

Comment montrer les traces de ce traumatisme de guerre érigé en monument ? Comment en enregistrer les mémoires ? Quelles sont les effets de toutes ces blessures individuelles – et partagées – dans l'organisation sociale et le désir de renaissance ? La mémoire de ce traumatisme n'est elle pas exposée, comme les ruines, à l'usure du temps et à ses transformations ?

TR6 – Traumatisme précoce et attachement

Présidente : Gisèle APTER (Paris) / Discutant : Antoine GUEDENEY (Paris)

Antoine GUEDENEY - PU-PH –Pédopsychiatre, Psychanalyste, Pôle Clinique NEY 'Hôpital Bichat) -Paris

La recherche Capdep est la première en France de cette ampleur sur la prévention précoce et la diminution des risques et l'augmentation de la résilience. Débutée en 2006, elle se termine en juillet 2011 (PHRC National 2005 et 2009 et INPES). Elle a permis d'inclure 440 jeunes femmes à parentalité vulnérable (Moins de 26 ans et primipare, et avec un ou plus des trois cas suivant : CMU /AME, sentiment d'être isolée soit un niveau d'études inférieur au total à 10 ans). Le tirage au sort détermine après l'accord l'entrée dans le groupe contrôle ou dans le groupe intervention renforcée, selon les règles CONSORT des recherches préventives contrôlées. L'évaluation est indépendante et faite à domicile. Les familles sont suivies de la fin de la grossesse jusqu'à 2 ans et demi de l'enfant. L'intervention est faite à domicile, par des psychologues formés et supervisés, de façon modifiable selon chaque situation.

Elle vise à diminuer les effets désorganisant sur l'attachement des comportements parentaux et à augmenter la sécurité de l'attachement, ainsi qu'à favoriser l'utilisation du réseau de soin. Dans CAPDEEP, (Attachement) CAPEP a concerné 120 familles, avec des mesures précises de l'attachement de l'enfant et des comportements désorganisant parentaux.

1- Transmission transgénérationnelle du traumatisme à la lumière de l'attachement :

Nicole GUEDENEY - Praticien Hospitalier – Médecin responsable du 2^{ème} Intersecteur de Psychiatrie Infanto Juvénile de Paris (Pr M. Corcos) – Institut Mutualiste Montsouris – CMP Paris – nicole.guedeney@imm.fr

Après avoir rapidement exposé le concept de l'attachement désorganisé comme un traumatisme de l'attachement, je présenterai l'intégration des 2 modèles principaux pour la compréhension de la transmission transgénérationnelle de l'attachement désorganisé sur 3 générations (Grand parent, parent, enfant). Le modèle de Main et Hesse est basé sur le concept de conflit motivationnel ou « la peur sans solution » et sur le paradigme des comportements parentaux de « type effrayant- effrayés-dissociés ». Le modèle de Lyons Ruth ou rupture de la communication émotionnelle est celui de la non désactivation du système d'attachement voire de l'accentuation de l'activation de l'attachement de l'enfant en présence du parent sans réparation. A la première génération (G1), un traumatisme non résolu quant à l'attachement chez le parent entraîne des comportements parentaux de type « effrayants effrayés ». Ceux-ci entraînent, chez l'enfant, la constitution de modèles de travail multiples modélisés par Liotti comme le « triangle dramatique » (constellation sauveur persécuteur victime) et à l'origine d'un état d'esprit quant à l'attachement de type impuissant hostile. Ces Modèles sont réactivés chez l'enfant devenu parent (G2) lorsqu'il s'occupe des soins parentaux de son propre enfant (G3) qui représente en soi une source de stress. Ces modèles de travail sont à l'origine de comportements désorganisant sous la forme de 2 constellations plus ou moins associées (profil intrusif/auto référentiel et profil impuissant/craintif) qui, à leur tour, font vivre à l'enfant des expériences traumatiques quant à l'attachement. Cette modélisation permet de comprendre le phénomène des fantômes de la chambre d'enfant de Selma Fraiberg. Elle est captée par 3 outils de mesure principaux : le Adult Attachment Interview, la Situation Etrange et l'outil d'analyse AMBIANCE.

2- Effets de l'intervention sur les comportements sur les comportements désorganisés parentaux dans l'étude A CAPEDP :

Susana TERENO - Docteur en Psychologie, Chargée de Recherche du Projet CAPEDP-Attachement – CHU Bichat-Claude Bernard, APHP Paris et Institut de Psychologie de l'Université de Paris Descartes – Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (LPPS, EA 4057) – stereno@psi.uminho.pt

L'attachement est considéré comme une composante essentielle du développement social et affectif dans les premières années de vie, et les différences individuelles dans la qualité des relations d'attachement sont considérées comme des indicateurs précoces importants pour la santé mentale du nourrisson. De récentes recherches suggèrent aussi que le style d'attachement de l'enfant est influencé par les capacités autoréflexives maternelles et les comportements sécurisants ou désorganisés chez la mère. Il n'existe pas, à l'heure actuelle de cohorte française décrivant les catégories d'attachement de l'enfant. Le projet de recherche CAPEDP-Attachement (CAPEDP-A) vise à créer une telle cohorte. Il se situe dans le cadre de la recherche CAPEDP (compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience).

Son objectif est aussi celui d'évaluer l'effet de l'intervention renforcée à domicile du protocole CAPEDP pour réduire le nombre d'enfants avec un style d'un attachement insécurisé et/ou désorganisé (Situation étrange, Ainsworth et al., 1978) associé avec une moindre fréquence chez la mère de comportements désorganisés vis-à-vis de l'enfant (AMBIANCE, Lyons-Ruth, 1997) et une plus grande capacité maternelle autoréflexive (Insightfulness Assessment, Oppenheim & Karin-Koren, 1999). Nous présentons des résultats préliminaires de l'effet de l'intervention CAPEDP dans un sous-échantillon de cent dix-sept dyades mère-enfant, évalués entre 12 et 16 mois de l'enfant. En clarifiant notre compréhension des mécanismes en jeu dans le développement de stratégies d'attachement sécurisées, nous attendons que CAPEDP-A puisse contribuer de façon significative à affiner les stratégies d'intervention préventive précoce pour les jeunes mères en situation de vulnérabilité psychosociale ainsi que pour la santé de leurs enfants.

3- Un exemple d'intervention à domicile dans CAPDEP :

Joan TISSIER Psychologue – Service PMI Département du Val de Marne – Projet de Recherche CAPDEDP CHU Bichat-Claude Bernard APHP Paris – joan.tissier@free.fr

Illustration clinique d'un suivi à domicile d'une jeune mère ayant subi de multiples traumatismes infantiles.

L'abord de cet exemple clinique rend compte de la répétition traumatique dans l'interaction parent-enfant, du travail thérapeutique centré sur les expériences traumatiques et les représentations maternelles. La présentation de ce cas souligne les signes de mise en acte des traumas antérieurs chez la mère (désorganisation, intrusion, confusion, inversion des rôles...) et son impact traumatisant chez l'enfant. Cette illustration met en lumière le travail d'élaboration sur la narration des traumatismes et l'histoire attachementale de la mère et le travail d'analyse de l'interaction et du vécu des deux partenaires de la dyade mère-bébé avec notamment l'utilisation de l'autovidéoscopie et la guidance développementale. Il précise les rôles du cadre des visites et de la supervision du psychologue comme étayage essentiel et comme processus thérapeutique à part entière face au chaos lié aux expériences traumatiques. Enfin, il précise les appuis et vulnérabilités de la pratique à domicile pour le psychologue.



SEANCE PLENIERE

TABLE RONDE :

Présidente : Catherine JOUSSELME (Gentilly) / Discutante : Anne DANION GRILLIAT (Strasbourg)

Un traumatisme majeur : le mal absolu que l'être humain fait à l'être humain :

Colette CHILAND - Professeur honoraire de l'Université Paris Descartes, Psychiatre au Centre Alfred Binet, (Association de Santé Mentale du XIIIe arrondissement de Paris), Membre de la Société Psychanalytique de Paris - cchiland@orange.fr

Freud dans «Une difficulté de la psychanalyse» parle de trois blessures narcissiques subies par l'être humain: la terre n'est pas le centre du monde, mais tourne autour du soleil; l'homme est un animal, produit de l'évolution des espèces et parent du singe; le Moi n'est pas maître chez lui. En d'autres termes, la théorie copernicienne de la cosmologie, la théorie darwinienne de l'évolution des espèces, la théorie freudienne de l'inconscient et du Ça portent une atteinte décisive aux prétentions narcissiques de l'être humain. Je ne me sens pas atteint par l'héliocentrisme, ni par la théorie de l'évolution; tout au plus, mon sentiment de toute-puissance se trouve limité par l'existence de l'inconscient et des forces pulsionnelles.

Par contre, considérant la misère de l'être humain, inéluctablement soumis à la maladie, la vieillesse et la mort, fêtu de paille sur une mer d'infortune de séisme en tsunami, de déluge en sécheresse, d'avalanche en incendie, le spectacle de la souffrance extrême que des êtres humains créent à d'autres êtres humains sans raison ou pour des idées imaginaires est un scandale, un traumatisme quasi insurmontable : la guerre, la torture, les massacres, le déni d'humanité à l'égard des peuples autres, l'esclavage, l'infériorisation des femmes, le viol, le racisme, l'univers concentrationnaire, le goulag... Je ne supporte pas d'appartenir à la même espèce que ces bourreaux. Qui plus est, ces bourreaux ne sont pas tous des monstres ; souvent ce sont des êtres humains banals, «ordinaires», qu'une série de choix regrettables dans des conditions particulières précipite dans des conduites désastreuses.

Dès lors, naît l'interrogation incontournable: lequel d'entre nous peut être sûr que, dans des circonstances analogues, il aurait su «résister», faire «le bon choix», même au péril de sa vie, pour sauver la dignité de l'homme? Nous sommes invités à la modestie et à la vigilance.

Comment survivre à la perte de confiance dans les êtres humains que nous éprouvons après avoir subi l'inhumanité de certains êtres humains? Seule la rencontre d'êtres humains aimants et fiables peut restaurer la confiance en la vie.

Identité individuelle et collective : Entre histoire et mémoire :

François DOSSE - Historien - Professeur des Universités à Paris 12, Chercheur à l'IHTP (Institut d'Histoire du Temps Présent) et au Centre d'histoire culturelle des sociétés européennes (Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines) francois.dosse@gmail.com

Entre histoire et mémoire, le fossé n'est pas comblé. On peut éviter l'impasse à laquelle conduit une trop grande séparation, mais aussi le recouvrement des deux notions. A la valeur d'expertise de l'historien et valorisant le statut de la vérité dans sa recherche pour faire pièce aux négationnistes, laissant à la mémoire la fonction de la fidélité, on peut se demander ce que vaudrait une vérité sans fidélité ou une fidélité sans vérité. C'est par la médiation du récit qu'une articulation peut être réalisée entre ces deux dimensions.

A ce titre, la pratique psychanalytique peut être suggestive à l'historien : l'analysant parle et au travers de l'affleurement de l'inconscient dans son dire sous forme de bribes de récits incohérents, de rêves, d'actes manqués... l'objectif est d'aboutir à terme une mise en intrigue intelligible, acceptable et constitutive de son identité personnelle. Dans cette quête, le patient, selon Freud, passe par deux médiations. En premier lieu, celle de l'autre, de celui qui écoute, le psychanalyste. La présence d'un tiers qui autorise à raconter est indispensable à l'expression de la mémoire la plus douloureuse, traumatique. Le patient parle devant témoin et c'est ce dernier qui l'aide à lever les obstacles de la mémoire. La seconde médiation est celle du langage lui-même du patient qui est celui d'une communauté singulière. Ces deux médiations donnent un enracinement social au récit pour le transmuter en pratique. Le dispositif de la cure, par la présence d'un tiers, crée une forme particulière d'intersubjectivité.



Quant au dire lui-même du patient, ses récits tissés de récits qui le précèdent sont donc ancrés dans une mémoire collective. Le patient exprime une intériorisation de la mémoire collective qui croise sa mémoire personnelle, débordée par le souci de la communication, de la transmission intergénérationnelle, par l'injonction du *Zakhor* (Souviens-toi !) de la tradition de l'Ancien Testament. Cette mémoire relève donc d'un tissage à la fois privé et public. Elle advient comme émergence d'un récit constitutif d'une identité personnelle « enchevêtrée dans des histoires » qui fait de la mémoire une mémoire partagée.

La mémoire individuelle et collective ont toutes deux à maintenir une cohérence dans la durée autour d'une identité qui se tient et s'inscrit dans le temps et l'action. A ce titre, c'est à cette identité de l'*ipse*, différente de la *Mêmeté*, que se réfère cette traversée expérientielle de la mémoire autour du thème de la promesse. On y constate aussi des situations très contrastées où l'on se confronte dans certains cas à « un passé qui ne veut pas passer » et dans d'autres cas à des attitudes de fuite, d'occultation consciente ou inconsciente, de négation des moments les plus traumatiques du passé. Les pathologies collectives de la mémoire peuvent tout aussi bien se manifester par des situations de trop-plein de mémoire, de ressassement dont la « commémorite » et la tendance à patrimonialisation du passé national en France donnent un bel exemple, que par des situations contraires de pas-assez de mémoire, comme c'est le cas dans tous les pays totalitaires où domine une mémoire manipulée : « Le travail de l'histoire se comprend comme une projection, du plan de l'économie des pulsions au plan du labeur intellectuel, de ce double travail de souvenir et de deuil. » C'est ainsi que la mémoire est inséparable du travail d'oubli. Ce travail ne peut se réaliser sans dialectisation de la mémoire et de l'histoire, en distinguant sous le registre de l'histoire-critique la mémoire pathologique qui agit comme compulsion de répétition et la mémoire vive dans une perspective reconstructive : « C'est en délivrant, par le moyen de l'histoire, les promesses non tenues, voire empêchées et refoulées par le cours ultérieur de l'histoire, qu'un peuple, une nation, une entité culturelle, peuvent accéder à une conception ouverte et vivante de leurs traditions. »

Représenter l'irreprésentable :

Chantal PLOUGEAUT – Pédopsychiatre, Praticien Hospitalier, CH Esquirol Limoges – cplougeaut002@lerss.fr
Jean-François Roche – Pédopsychiatre, Praticien Hospitalier, CH Esquirol Limoges
jean-francois.roche13@wanadoo.fr

Le présent texte est un journal de voyage; voyage de deux pédopsychiatres espérant être suffisamment attentifs à leurs patients et qui au hasard des étapes partagent des expériences, des doutes mais aussi des émerveillements.

La rencontre d'un quelque chose qu'on peut dire traumatisme est fréquente et multiforme ; parfois sidérante et brutale, parfois insidieuse et torpide, elle vient créer (ou se nourrir d' ?) un indicible, une incapacité à être, à advenir. Compagne de nombre de nos rencontres, de nombre de nos consultations, elle fait partie de notre quotidien, elle scande nos sentiments d'incompétence et de lassitude...

Ambiguïté et dérisoire des triomphes humains, cette attaque des représentations peut accompagner et permettre la survie mais elle reviendra s'installer dans un après. Ambiguïté et dérisoire des triomphes humains, tout traumatisme trouve sa représentation mais dans un ailleurs, avec d'autres, dans d'autres temps. C'est une des fonctions de la création artistique quand celle-ci vient s'imposer à son auteur comme une nécessité absolue.

Psychiatres, nous pouvons décrire une clinique du traumatisme « exercice de style qui exploite la chair et le sang d'autrui pour écrire du beau langage » (Umberto Eco). Psychiatres, humains et soignants nous ne pouvons que constater l'échec de cet abord. Avoir une présence suffisante à l'autre va supposer de s'exposer, d'accepter l'irruption de la réalité la plus crue, d'accepter notre incompétence à comprendre tout en reconnaissant à l'autre la dignité de son existence et en lui interdisant de nous détruire. C'est sans doute la certitude profonde de la représentabilité de tout traumatisme – acquise entre autres dans le commerce de ces créations artistiques – qui permet soit dans notre espace intime, soit dans un partage émotionnel mais décalé d'apporter cette présence. Elle nous contraint alors à une attention constante à notre distance à l'autre et à la place accordée au réel.



ATELIERS de 11h00 à 12h30

Samedi 28 mai 2011

A1 - LE POTENTIEL TRAUMATIQUE DE LA MATERNITE

Président: Alain PLANTADE / Discutante : Michèle MAURY

La naissance d'un bébé comporte un potentiel de traumatisme narcissique dans la mesure où le nouveau-né ébranle les assises identitaires du parent pris au vif de la réalisation de son désir d'engendrement et de sa propre (re)naissance. Le nouveau-né convoque une relation spéculaire « en double » indispensable au tissage du lien mais qui va trouver une pierre d'achoppement à la fois limitative et constructive : l'altérité du bébé. Cet écart est la condition pour qu'il y ait un jeu suffisant dans le lien de maternage. Lorsque qu'il n'est pas maintenu, la mère bascule dans ce que Guyotat désigne comme la filiation narcissique, où à la place du vacillement de l'identité surviennent des troubles psycho-pathologiques, qui vont du grand désordre catastrophique de la psychose puerpérale aux troubles anxiodépressifs ou phobiques. Le post-partum immédiat est consacré à retrouver une minimale intégrité psychique face à ce descellement narcissique, comme en témoigne le « blues » post partum, brève maladie d'amour adaptative ou bien l'installation d'une forme de préoccupation maternelle de type « passion » (phobie d'impulsion, syndromes anxieux). Là où le travail de la culture venait coutumièrement proposer une forme ritualisée et acceptable à ce grand dérangement narcissique et pulsionnel, se trouve actuellement les dispositifs de soin périnataux.

1 – LE BABY BLUES, UNE REPONSE AU DEFICIT INTERSUBJECTIF DANS LE POST-PARTUM IMMEDIAT : PERDRE OU GARDER LA FACE :

Joëlle ROCHETTE-GIGLIEMI – Psychanalyste, membre SPP - MCF Ass Institut de Psychologie Univ. Lyon 2 –
joellerochette@aol.com

Le blues du post partum est le témoin d'un ébranlement identitaire maternel avant que n'intervienne la régulation intersubjective avec la contribution active du bébé aux processus de l'attachement et de l'économie libidinale dyadique. Nous le présentons comme une brève maladie d'amour "passionnelle" dans une période particulière de « pot au noir » des premiers 40 jours, repérée et ritualisée dans toute les cultures et marquée dans la fantasmagie et la neurobiologie interpersonnelle par la concomitance du « retour de couche social » de la mère et l'avènement pour le bébé de capacités communicationnelles sous la forme des premières protoconversations. La situation du post-partum immédiat est fondamentalement asymétrique, puisque le nouveau-né bien que compétent n'est pas encore un bébé ! Elle est génératrice de « passion » (ou d'affect débordement en opposition à l'affect signal) ceci dans l'écart entre l'attendu de la situation et sa réalité. Le risque est alors pour la nouvelle mère de "perdre la face" et la prévention de l'effondrement dépressif, délétère pour le bébé, passe par la présence du socius, les dispositifs de soins modernes étant sans doute des analogons des formes plus anciennes de ritualité. La sortie « naturelle » de ce moment « sas » est à observer finement surtout du point de vue de la qualité des protoconversations initiatrices de la sociabilité précoce du bébé et d'une dimension hédonique dans la co-génèse multimodale du lien.

2 – LE DELIRE DANS LA PSYCHOSE PUERPERALE ; UNE TENTATIVE DE REDUCTION DU TRAUMA DANS LA FILIATION :

Jacques DAYAN - INSERM Caen SHU Rennes 1

Le délire du postpartum inclut l'aspect crépusculaire de la conscience et le désordre hallucinatoire ou oniroïde du vécu. Loin des conceptions exclusivement déficitaires ou lésionnelles du délire, nous postulons, après Nacht et Racamier, que sa construction a fonction de protéger contre l'angoisse, exacerbée par un événement déclenchant conjectural dont l'accès à la maternité représente un prototype. Mais cette angoisse est également rapportée au moment de l'évolution infantile de la personnalité où le sujet se constitue comme individu. Nous discuterons de l'efficacité d'un travail psychothérapeutique lors de l'émergence délirante.

3 – QUELLE EST LA PART DU TRAUMATISME DANS L'HISTOIRE DE LA MERE PARTICIPANT A LA CREATION DES PHOBIES D'IMPULSION ?

Blandine GUETTIER – Pedopsychiatre, CH Gonesse, Psychanalyste membre SPP – blandine.guettier@ch-gonesse.fr

Les phobies d'impulsion se situent classiquement (sémiologie structurelle inspirée de la psychanalyse) entre la névrose phobique et des modes d'organisation obsessionnelle. Ce symptôme appartient surtout à l'hystérie d'angoisse impliquant une désintrication pulsionnelle. Elles concernent essentiellement les jeunes mères qui craignent de blesser leur enfant. Ces phobies dans des structures névrotiques sont protectrices du passage à l'acte par rapport à des angoisses.

Elles sont relativement fréquentes dans le post-partum immédiat (étude de 1996, 15 repérées sur 1800 accouchements par an). Elles disparaissent dans les quelques jours après l'accouchement, le temps du séjour en maternité.



D'autres sont plus organisées et persistent au-delà de plusieurs semaines voire mois. Elles impliquent alors un suivi mère-enfant soit en consultation ou en centre de jour ou en unité mère-enfant à temps plein. Ce sont soit des structures névrotiques (deux suivis sont évoqués), soit des structures plus borderline avec tendance au passage à l'acte (risque d'infanticide, ou de geste violent sur l'enfant secoué ou maltraité).

Quelle est la part de l'organisation structurelle de la mère, quelle est la part de l'histoire de la mère individuelle ou transgénérationnelle avec des parts traumatiques? Ce sera le propos de notre intervention.

Il y a un repérage de l'impact traumatique, en lien avec la structure de la mère. Les phobies d'impulsion sont un symptôme violent dans ses représentations. Il est classique de dire que les phobies d'impulsion sont protectrices, pour autant il est nécessaire de repérer des facteurs (structurels et traumatiques) pouvant entraîner une certaine violence avec ses risques pour l'enfant.

4 - FOETICIDES ET NEONATICIDES DANS LE CADRE D'IMG : EFFETS SUR LES PARENTS ET LE PERSONNEL SOIGNANT DE LA REALITE DE L'ENFANT MORT :

Monique BYDLOWSKI – INSERM Paris, Psychanalyste Titulaire SPP

Concernant les équipes de soin, des effets analogues sont observés par rapport aux manifestations de la souffrance des parents, tant au décès d'une mort fœtale naturelle que de la mise à mort d'un fœtus (IMG) dans des circonstances pourtant apparemment très différentes. Dans certains cas, il s'agit de grandes adolescentes ayant commis un néonaticide au décours de l'accouchement non prévu d'une grossesse plus ou moins méconnue sinon déniée et à un terme inconnu car la grossesse était non suivie médicalement. Dans d'autres cas, il s'agit d'un foeticide intra utérin (IMG) réalisé en milieu chirurgical après diagnostic échographique de fœtopathie létale à plus ou moins court terme ou de trisomie 21. Proposée par l'équipe médicale, l'IMG est acceptée avec hésitation, la seule alternative étant la mise au monde, l'accueil et l'accompagnement de l'agonie de l'enfant. On peut rapprocher ces cas des publications sur les conséquences psychiques de la MFIU (mort fœtale intra utérine spontanée). Nous discuterons : I) de la clinique de la persistance de thèmes mélancoliques assez invalidants, malgré la prévention (soins psychiques, rituels de deuil etc...), II) de la particularité introduite par le fait de transformer fantasmes ou vœux de mort en épreuve de réalité agie et de la fixation traumatique à un moment précis du déroulement de l'évènement. III) de la construction d'un objet mélancolique par « séquestration » de l'enfant perdu mais « non né ». IV) du retentissement sur l'équipe confrontée à ces situations, entre évitement et identification pathogène à l'enfant mort.

A2 - DU TRAUMATISME D'ÊTRE PARENT

Présidente : Maryse FIORENZA / Discutante : Danièle CROZET-ROBIN

1 – DEUIL ET TRAUMATISME PERINATAL :

Aurore PLAT - Psychologue clinicienne - Université Paris Descartes, Dir. Prs. S.Missonnier et B. Golse - aureoreplat@yahoo.fr

Devenir parents et se construire en tant que sujet implique la traversée de crises développementales. Elles comportent une virtualité traumatique qui s'actualise plus ou moins. Le traumatisme ne peut être évalué cliniquement qu'après coup, à travers les modalités réorganisatrices individuelles et collectives induites. Ce qui définit le traumatisme, ce n'est pas l'événement mais c'est l'empreinte psychique individuelle et collective de cet événement. L'anticipation parentale paraît être un mécanisme de défense déterminant dans la rencontre entre le devenant humain et les devenant parents et, chemin faisant, elle est une des constituantes essentielles de la résilience de crise (Missonnier, 2009).

L'impact traumatique de la perte périnatale l'interruption médicale de grossesse et poursuite de la grossesse lors d'une pathologie fœtale sévère facteurs d'étayages et facteurs entravant le travail de deuil périnatal. Le devenir parent contient son lot de tumultes et de remaniements. Le devenant parent doit faire face à une succession de deuils (celui de l'enfant idéal, de sa bisexualité, de ses idéaux parentaux). Généralement, le sentiment d'avoir mené à bien la grossesse en donnant naissance à un « beau bébé », en bonne santé, renforce narcissiquement la mère et le père devenant parent en venant minorer le premier courant psychique lié à la perte.

Parfois au cours de la grossesse, une nouvelle peut brusquement venir assombrir la période périnatale de projets parentaux. Nous voulons parler du moment où une femme, un homme, un couple apprend en anténatal que le fœtus, ce bébé « promis et attendu » est atteint d'une grave malformation. Nous nous interrogerons alors sur l'impact traumatique de cette perte périnatale et sur les facteurs pouvant favoriser ou entraver le travail de deuil de ces devenant parents.

Depuis de nombreuses années, la majorité des équipes de soins chemine avec les couples vers la réalisation de l'interruption médicale de grossesse dans le cas d'une pathologie fœtale sévère. Dans certaines structures hospitalières, le nombre de poursuites de grossesses dans ce contexte de malformations fœtales graves augmente chaque année. L'interruption médicale de grossesse ou la poursuite de la grossesse, expériences à haut risque de traumatisme, ne sont des issues ni bonnes ni mauvaises. Mais nous nous interrogeons sur leur impact traumatique respectif. A partir d'entretiens semi-structurés, de l'étude de la narrativité (Edicode) et de l'évaluation de l'état de stress post-traumatique (échelle PTSD Checklist Scale) de dix couples rencontrés deux ans après leur perte périnatale suite à une interruption médicale de grossesse ou suite à la poursuite de la grossesse et le décès du bébé en salle de naissance après une prise en charge palliative, nous nous intéressons à l'évolution des représentations fœtales de ces devenant parents et à l'impact de celles-ci sur leur travail de deuil. Les éléments de choix sont aussi repérés et viendront dans certains cas constituer un facteur d'étayage par le déploiement de la pensée qu'ils autorisent au moment où accompagner la réanimation de la pensée paraît primordiale pour ces sujets aux pare-excitations mis à mal par l'annonce de la malformation fœtale. Née de questionnements éthiques et d'observations cliniques, cette recherche se mène pour une prévention des troubles psychopathologiques liés au deuil périnatal dans ses dimensions inter et transgénérationnelles où le traumatique et la violence de l'archaïque sont manifestes.

Ce travail de recherche a été mené avec le Laboratoire de Psychologie Clinique et de Psychopathologie de Paris Descartes, le comité d'éthique de l'hôpital Necker Enfants Malades, les équipes de gynécologie et de pédopsychiatrie des hôpitaux Necker et Cochin associés au concours de l'équipe du Pr. Aubard, unités du Diagnostic Prénatal et de grossesses pathologiques de l'HME de Limoges.

Nous remercions la fondation Wyeth pour son soutien.

2 – L'IMPACT DU TRAUMATISME SUR LA QUALITE DES RELATIONS PRECOCES :

Sylvie VIAUX-SAVELON - Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - sylvie.viaux@psl.aphp.fr

Auteurs Associés : DEROTUS Lyphea, CAMON SENECHAL Laurence, RABAIN Didier, AIDANE Elisabeth, VATAGEOT Sandrine : Unité Petite Enfance et Parentalité

KEREN Miri (Israël), Tel Aviv University Sackler School of Medicine, Geha Mental Health Center, Israël COHEN David- Chef de Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent- Pitié Salpêtrière

L'équipe de l'Unité Petite Enfance et Parentalité présente une situation paradigmatique d'une étude pilote actuellement menée dans le service impliquant un enfant de moins de trois ans pris en charge avec ses parents. Ces parents ont vécus de multiples traumatismes entravant la construction des liens précoces suffisamment sécurisés avec leur enfant. Un protocole de soins intensifs est proposé à ces familles pour lesquelles le recours à un placement familial est très souvent envisagé par les services sociaux.



Or, le placement en famille d'accueil ne garantit pas un développement sain de l'enfant (Pears et al, 2005). Un projet de recherche élaboré en partenariat avec l'équipe de Miri Keren (Israël) vise ainsi l'évaluation de ce protocole de prise en charge ayant pour objectif d'éviter le placement à nombres d'enfants négligés émotionnellement soit par carence soit par maltraitance.

Dans le cadre de cette prise en charge, des enregistrements de séances de jeux libres ont été effectués avec une double fonction : en premier lieu l'observation et l'évaluation fine des troubles des interactions au moyen d'un outil développé par l'équipe israélienne, le CIB (Coding Interactive Behavior ; Feldman, 1998 ; Keren, 2001), et ensuite de travailler, sur le plan clinique, le développement des capacités réflexives des parents à l'aide de l'IA (Insightfulness Assesment, (Openheim, 2001).

Dans cet atelier, nous discuterons autour d'une situation paradigmatique de cette étude pilote, des intérêts et limites de ce protocole de soins et d'évaluation.

3 – NAISSANCE ET REACTUALISATION DE TRAUMATISMES ET RENCONTRE AVEC LE BEBE :

Rose Angélique BELOT - Maître de conférence UFRSLHS (Besançon) - rose-angelique.belot@univ-fcomte.fr

Si de nombreuses études ont été menées sur les répercussions psychologiques des effets du traumatisme, ses conséquences sur la vie psychique et somatique du sujet au plan individuel, peu d'auteurs se sont penchés sur les répercussions d'un traumatisme parental, sa portée au sein des relations précoces et notamment dans la rencontre avec le bébé.

La venue d'un enfant, parce qu'elle soumet à un état de régression et nécessite au plan psychique des remaniements en profondeur est un moment particulièrement déstabilisant dans la vie d'une femme, d'un homme. Par ailleurs, la naissance d'un bébé et sa présence réelle réactualisent des événements du passé et peuvent mobiliser, replacer sur le devant de la scène psychique des parents, des traumatismes passés non élaborés. Ainsi, l'ensemble des éléments qui composent le traumatisme et ses conséquences refont surface, altérant les régulations au sein des interactions précoces et la qualité du système pare-excitation parental. Alors quels sont les effets sur le développement du bébé et les relations précoces d'un traumatisme maternel et/ou paternel insuffisamment élaboré ?

C'est à cette question que nous tenterons de répondre par la présentation dans un premier temps des éléments essentiels qui fondent les premières relations, l'importance du système pare-excitation parental dans le développement somato-psychique du bébé puis dans un second temps par la présentation d'une situation clinique détaillée où une maman et son bébé-fille âgée de deux mois, sont confrontées à la reviviscence d'un traumatisme ancien.

4 – VIE ET MORT AU CREUX DE LA PARENTALITE GEMELLAIRE :

Stéphanie STARACI - Psychologue clinicienne - Maternité Necker-Brune, Service du Pr Yves Ville. - stephaniestaraci@gmail.com

Auteurs Associés : Missonnier Sylvain - Institut de Psychologie - Ville Yves Necker

Devenir parents et se construire en tant que sujet implique la traversée de crises développementales. Elles comportent une virtualité traumatique qui s'actualise plus ou moins. Le traumatisme ne peut être évalué cliniquement qu'après coup, à travers les modalités réorganisatrices individuelles et collectives induites. Ce qui définit le traumatisme, ce n'est pas l'événement mais c'est l'empreinte psychique individuelle et collective de cet événement. L'anticipation parentale paraît être un mécanisme de défense déterminant dans la rencontre entre le devenant humain et les devenant parents et, chemin faisant, elle est une des constituantes essentielles de la résilience de crise (Missonnier 2009).

Dans ce champ singulier de la parentalité, notre propos sera d'interroger la potentialité traumatique des devenant parents de jumeaux confrontés à l'incertitude du diagnostic anténatal et au deuil périnatal d'un jumeau. Nous étayerons notre argument à partir d'une recherche que nous avons menée sur le devenir à long terme de 27 jumeaux survivants à six ans. Cette recherche comprenait un bilan psychologique (WISC IV, le test du bonhomme, le dessin de la famille et un test projectif, le CAT) ainsi qu'un entretien clinique avec les deux parents.

On peut considérer que la spécificité d'une potentialité traumatique, dans le cas des grossesses gémellaires compliquées d'un syndrome transfuseur-transfusé, résulte de la conjonction de quatre facteurs : l'écart entre l'enfant du dedans, du prénatal et celui de dehors, du post natal, en incluant les modifications dues à l'annonce de la gémellité ; la responsabilité que la mère s'attribue dans la « fabrication » de ses bébés, les représentations et la nature des liens qui s'installent entre les parents et leurs enfants au cours de la grossesse. Enfin, la représentation que se font les parents du lien entre les jumeaux.



Au-delà du narcissisme qui est au cœur de chacun de ces éléments, la notion de survivance est prégnante dans cette clinique du prénatal. Ainsi, le jumeau survivant n'a pas seulement fait l'expérience de sa propre menace de mort, mais il a également été confronté à la perte de son co-jumeau.

La singularité de ce deuil est qu'il cohabite et coexiste avec la vie et la naissance d'un enfant. Cette cohabitation de vie et de mort se lie aux problématiques de celles du double et de la gémellité. Ainsi, le statut d'objet partiel du fœtus et la gémellité pourrait rendre plus complexe ce travail de deuil. Les voies d'élaboration de ce deuil se situant entre la perte de ce jumeau comme différent de l'enfant vivant, et l'enfant vivant qui donne en puissance le pouvoir à l'absent d'être vivant.



A3 - ELABORATION DU TRAUMATISME

Président : Vincent GUIGONIS / Discutant : Jean-Philippe RAYNAUD

1 – LE COMPLEXE DU GOELAND – LA LITTÉRATURE EXUTOIRE POSSIBLE AU TRAUMATISME :

François LASPOUGEAS-Psychopédagogue – CMPP Saint Junien – Saint Yrieix (87)- laspougeas.francois@orange.fr

« Non décidément je crois que je ne suis pas fait pour l'école...enfin je veux dire cette école là...je me demande ce que je fais là-dedans ». En prononçant ces paroles, Jérémy qui vient d'entrer en 6° SEGPA s'effondra en pleurs, traumatisé par une rentrée scolaire insupportable pour lui. Sa maman très inquiète m'a téléphoné: Jérémy ne dort plus, ne mange plus, il ne veut plus aller au collège le matin. Jérémy me dira qu'il ne voit aucune solution à la situation. Face à son désarroi, à sa souffrance je lui propose que nous partagions pendant quelques séances la vie de Jonathan Livingston le Goéland.

2 – LA CONVERSION RELIGIEUSE COMME RITE DE PASSAGE A L'ADOLESCENCE :

Gabriela GUZMAN – Pédopsychiatre Assistante Spécialisée associée - MDA de Paris Hôpital Cochin – maison de Solenn – gabriella.guzman@cch.aphp.fr

Auteurs Associés : AHOVI Nathan - MDA de Paris Hôpital Cochin, ABBAL Tahar - MDA de Paris Hôpital Cochin, MORO Marie-Rose - MDA de Paris Hôpital Cochin

Dans des contextes de séparation familiale traumatique (séparations parentales conflictuelles, exil des parents) l'adolescent peut rencontrer des difficultés à s'historiciser et à réaliser le passage de l'enfance à l'adolescence. Confronté à un manque de repères transgénérationnels, il cherchera des références ailleurs afin de pouvoir se structurer et de pouvoir réaliser ce passage, ce qui demande la réalisation de rites.

A partir de l'analyse de deux situations cliniques rencontrées à la consultation transculturelle de la Maison des Adolescents de Paris (Service du Pr Moro, GH Cochin-Broca-Hôtel Dieu) nous discuterons sur une forme particulière de rite de passage à un autre monde : la conversion religieuse.

3 – UN ENFANT D'HIROSHIMA : LORSQUE LE CATACLYSME ATOMIQUE PEUT SE DIRE DANS UN MANGA AUTOBIOGRAPHIQUE :

Catherine LE DU - Psychopathologie enfant et adolescent - catherine.ledu@gmail.com

Auteurs Associés : Thierry BAUBET Psychopathologie enfant et adolescent

Le bombardement atomique du 6 août 1945, premier cataclysme nucléaire de l'histoire de l'humanité engendra au Japon un traumatisme de guerre longtemps resté inélaborable. Epruvé de l'effroi face à l' « éclair blanc », ampleur de la destruction et des souffrances occasionnées, honte de la défaite, stigmatisation des survivants irradiés, devenus pour certains objet d'expérimentation scientifique, censure américaine interdisant toute communication sur les conséquences de la bombe ont empêché que l'innommable de l'anéantissement puisse se dire. Gen d'Hiroshima, manga autobiographique, nous fait éprouver tout cela et traverser la catastrophe vécue par un enfant de 7 ans.

Exposition au stress du quotidien en temps de guerre d'une famille pacifiste - et donc traître à la nation - ponctué par les alertes aériennes, privations puis séparation de la fratrie précédent ce jour d'été dont la violence et la totale imprévisibilité va faire basculer le jeune héros dans l'épouvante sans repère. Terreur, deuils, lutte pour la survie, errance, embrigadement par les réseaux mafieux d'orphelins sans protection autant d'expériences traumatiques cumulées pour cet enfant dont la symptomatologie post-traumatique vient illustrer l'impact de la confrontation à la violence interhumaine intentionnelle

Exposition au stress du quotidien en temps de guerre d'une famille pacifiste - et donc traître à la nation - ponctué par les alertes aériennes, privations puis séparation de la fratrie précédent ce jour d'été dont la violence et la totale imprévisibilité va faire basculer le jeune héros dans l'épouvante sans repère. Terreur, deuils, lutte pour la survie, errance, embrigadement par les réseaux mafieux d'orphelins sans protection autant d'expériences traumatiques cumulées pour cet enfant dont la symptomatologie post-traumatique vient illustrer l'impact de la confrontation à la violence interhumaine intentionnelle.



4 – HARRY POTTER EST-IL PSYCHOTRAUMATISÉ ?

Hervé FISCHER - Pédopsychiatre, intersecteur de la Corrèze et Réseau "Trampoline", CHB, 2, bd dr Verlhac, 19100 Brive ; CMPP 20 quai de Rigny, 19000 Tulle. herve.fischer@wanadoo.fr

Quel diagnostic un pédopsychiatre poserait-il sur le cas de Harry Potter ? Un survol de l'œuvre de JK Rowling avec les outils habituellement utilisés en France (CIM10 et CFTMEA) permettra de proposer quelques hypothèses. Parmi celles-ci le diagnostic de psychotraumatisme est un des plus intéressants. Dès lors comment le traiter en utilisant les ressources du monde des sorciers, notamment les sortilèges pour faire face à un épouvantard ou un détraqueur ?

Peut-on appliquer ces outils thérapeutiques aux enfants et adolescents moldus (c'est à dire non sorciers) souffrant de séquelles de psychotraumatisme ?

On verra que ces outils (dissociation-réassociation, lieu sûr, régression progression en âge, ancrage gestuel ou symbolique, création de ressources) sont bien connus des praticiens de l'hypnose éricksonienne.



A4 – TRAUMASTISME, STRESS ET CULTURE

Présidente : Anne LIENHARDT / Discutante : Virginie GRANBOULAN

1 – CLINIQUE TRANSCULTURELLE DE L'ANOREXIE MENTALE : FACTEURS CULTURELS ET EXPRESSIONS SYMPTOMATIQUES :

Rahmeth BOUAZIZ - Maison de Solenn - nora.bouaziz@ch.aphp.fr: Rahmeth RADJACK - Maison de Solenn

Dans sa description classique, l'anorexie mentale était décrite comme une pathologie spécifique aux classes socio-économiques les plus favorisées des pays occidentaux. Or les études les plus récentes ont mis en évidence l'existence de cette pathologie dans diverses classes sociales et aires géographiques. On est passé du concept de "culture bound syndrome" cantonnant l'anorexie mentale à la culture occidentale au "culture change syndrome", soit un syndrome lié aux transitions culturelles apparaissant dans des sociétés subissant de rapides transformations. L'anorexie mentale peut aussi revêtir une phénoménologie plurielle à travers le monde, et peut être pensée sans invoquer exclusivement le concept de la "peur de grossir". Nous développerons ces deux idées principales issues d'une revue de la littérature internationale.

2 – L'AMNESIE POST-TRAUMATIQUE NE PROTEGE PAS DU STRESS :

Jean-Jacques DUMOND – Psychiatre - Pôle des Blessés de l'Encéphale Adrien DANY – Limoges - jean-jacques.dumond@ch-esquirol-limoges.fr

L'idée que la dissolution de conscience, le coma protège du stress reste largement répandue dans le public médical. L'analyse de la littérature sur les liens syndrome post-commotionnel – état de stress à propos des traumatismes crâniens légers, les consensus concernant les TC graves démentent dans les revues les plus récentes cette idée fautive. La comorbidité de manifestations psychopathologiques et des troubles du SPC est unanimement soulignée dans les cohortes en matière de TC légers, la comorbidité du syndrome de stress est de l'ordre de 30 à 40 %. Nous présenterons d'une revue récente les données des rapports émotion/mémoire. Ces éléments surtout étudiés chez l'adulte touchent l'enfant avec une séméiologie de détection plus difficile et une comorbidité du stress largement soulignée.

La discussion de ces données amène deux axes de réflexion. D'abord l'appauvrissement nosologique lié à une conception très biologique du stress méconnaît d'autres considérants de l'ordre de l'émotionnel et du psychopathologique. La deuxième est d'ouverture plus psychodynamique sur les intrications du lésionnel et de l'émotionnel. Rappelons que c'est autour de la réflexion sur les névroses d'effroi que Freud a remis en question la première topique, principe de réalité, principe de plaisir et initié sa réflexion sur la pulsion de mort.

3 – L'ENFANT A FAIRE OU A NE PAS FAIRE : REGARD DES PSYCHIATRES SUR L'IVG 30 ANS APRES SA LEGISLATION :

Anne-Sophie GUT – Chef de Clinique - Centre de soins pour enfants – Brest – anne-sophie.lancien@wanadoo.fr
Auteurs Associés : SAINT ANDRE Stéphane Centre de soin pour enfant de Brest, GIMENEZ Marie-Aude Service de psychiatrie adulte Bayonne

En France, le récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur l'état des lieux de la contraception et de l'avortement relève la "situation paradoxale" de notre pays: il cumule un taux de natalité très élevé avec un taux de diffusion de la contraception parmi les plus importants au monde et un taux d'IVG stable depuis sa légalisation en 1975. Comment expliquer le maintien du taux d'IVG malgré la diffusion de la contraception?

La fertilité humaine tire sa singularité d'intervenir au carrefour de la physiologie de l'espèce, du contexte historique et social et enfin de l'impulsion psychique individuelle.



La femme ne doit ainsi pas seulement surmonter les difficultés d'accès à l'information sur la contraception ou les contradictions de la norme contraceptive actuelle. Elle doit, depuis la conquête de la contraception faire face à l'ambiguïté du désir d'enfant. La particularité de la grossesse qui aboutit à un avortement est qu'elle est présentée comme un accident. L'avortement est un lapsus, un "acte manqué" parfaitement réussi dans la vie d'une femme et de ce fait il est signifiant. Des avatars du devenir mère au mandat transgénérationnel en passant par la question du trauma, le sens de ce passage à l'acte est inscrit dans l'histoire de chaque femme. Loin d'être un acte banal, il sera parfois lui-même à l'origine d'une expérience traumatique qui aura des effets sur le psychisme de ces femmes dans la suite de leur histoire.

4 – PRESENTATION DE L'EMDR DANS LES PRISES EN CHARGE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS

Vincent BACH - Pédopsychiatre – Centre de Guidance Infantile – Brive - vincent.marie.bach@wanadoo.fr

L'EMDR propose une approche et une prise en charge des séquelles d'évènement traumatique centrée sur la recherche de reviviscences (de ces situations) porteuses d'état émotionnel douloureux.

Le processus résolutif utilisé par l'EMDR s'appuie sur la stimulation bilatérale alternée (balayage oculaire ou tapping sont les deux techniques les plus employées).

Avec les enfants, c'est le dessin de la scène traumatique qui est le plus souvent le support de la SBA.

Chez les adolescents (et les adultes) après une séance destinée à installer un lieu sûr, la SBA est précédée par la caractérisation de la reviviscence au niveau sensoriel, cognitif, émotionnel et physique.

L'exposé proposera une présentation des procédures de mise en œuvre, et des objectifs recherchés avec l'EMDR.



A5 – L'ENFANT DANS LA TOURMENTE

Président : Dominique MOULIES / Discutant : Christian TEYSSANDIER

1 – LE TRAUMATISME ANTE OU ANTI-CÉDIPE ? RENCONTRE AVEC LES ENFANTS DE SEDEROT :

Ruben SAMDJA –Pédopsychiatre, Directeur CMPP d'OSE paris 12^{ème} - ruben.samdja@gmail.com

Auteur associé : MORO Marie-Rose – Maison des adolescents

Après quelques années de travail dans les services parisiens de psychiatrie infantile, j'ai rencontré des enfants et leurs familles vivant en zone de guerre. Intéressé par la complexité et la chronicité du conflit israélo-palestinien, je suis allé en Israël au cours de l'année 2009-2010 pour investiguer les enfants de Sederot, une petite ville située au sud du pays à moins de trois kilomètres de la bande de Gaza. Depuis le début de la seconde Intifada (septembre 2000), les habitants de cette ville subissent des tirs de roquettes du Hamas, pendant quelques années au nombre de 30 à 40 par jour. L'opération militaire israélienne « Plomb Durci » ou « guerre de Gaza », en décembre 2008, marque la diminution sensible de ces attaques, même si elles persistent encore aujourd'hui.

Entre conflit interne et conflit externe, quelle clinique présente ces enfants, quelle différence avec celle des enfants occidentaux ? Qu'est-ce que le vécu traumatique, le traumatisme, la situation traumatogène ? Comment les événements extérieurs interagissent avec la vie psychique en latence ? Entre fonctionnement traumatique, symptomatologie post-traumatique et conflictualité latente, quels modèles métapsychologiques peuvent rendre compte de la clinique de ces enfants ?

2 – DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS ISRAËLIENS DANS UNE VILLE BOMBARDEE PENDANT LA SECONDE GUERRE DU LIBAN :

Georges GACHNOCCHI - Psychiatre, psychiatre à l'OSE – Paris 12^{ème} - georges.gachnoch@gmail.com

Des enfants et des adolescents israéliens dans une ville bombardée pendant la seconde guerre du Liban

Du 12 Juillet au 14 août 2006, une guerre a opposé Israël au Hezbollah. Pendant ce conflit, des milliers de roquettes (3970 au total) ont été tirées à partir du Liban sur les habitants du nord d'Israël, sans un jour de répit. Les tirs, qui étaient détectés par le système d'alarme israélien, étaient annoncés par des sirènes à la population visée, qui disposait alors d'environ dix secondes pour se réfugier dans des abris. Un certain nombre de personnes, en particulier des enfants, n'ont pratiquement pas quitté ces abris pendant ces trente-trois jours.

L'auteur de cette communication a pu se joindre pendant environ une semaine à une équipe de psychologues scolaires volontaires pour tenter de minimiser les dégâts psychiques causés aux enfants et adolescents concernés. Dans ce cadre, il a eu l'occasion de s'entretenir avec de nombreux jeunes patients, tantôt de manière formelle dans des entretiens demandés par des adultes, tantôt de manière informelle, au hasard des rencontres dans les abris. Il s'est aussi entretenu avec des parents.

Cette communication vise à présenter un certain nombre de constatations, faites dans ces circonstances où le traumatisme était en quelque sorte continu, répété, où la peur des enfants et l'angoisse des parents qui les surprotégeaient parfois s'enchevêtraient :

- Dans l'ensemble, les enfants et les familles solides, organisées, sans aucune pathologie personnelle ni dysfonctionnement familial antérieur, la situation était relativement bien supportée (il s'agit ici du temps du traumatisme lui-même. Les conséquences à distance n'ont pu être évaluées par l'auteur).

- En revanche, lorsque des enfants ou de jeunes adolescents présentaient des difficultés psychologiques antérieures, ou parfois lorsque existaient des difficultés familiales (famille monoparentale ou parents séparés, mère malade mentale) – les effets étaient souvent majeurs, pouvant aboutir à une sorte de prostration du jeune.

- Certains enfants montraient des signes de somatisation.

- Du côté des parents, était souvent signalé par eux le rôle particulier du fait d'avoir été eux-mêmes exposés, un certain nombre d'années au paravant, à des bombardements similaires ceux auxquels l'étaient à présent leurs enfants.

- La place de l'intervenant « psy » était évidemment celle de support, de modèle identificatoire, de renforcement du narcissisme. Mais la situation était souvent difficile pour l'intervenant lui-même : lorsqu'une alerte se prolongeait, l'« intervenant » et le « patient » avec lequel il venait de s'entretenir restaient confinés dans le refuge, espace parfois relativement étroit eu égard au nombre de personnes qui l'habitaient provisoirement.



Parfois d'autres enfants ou d'autres adolescents, ou des parents, venaient solliciter l'intervenant d'abord appelé pour tel ou tel jeune. La curiosité envers un « volontaire » venant de l'autre côté de la Méditerranée et parlant imparfaitement la langue n'était parfois pas étrangère à cette sollicitation ; d'autres fois se démasquaient ainsi des situations de désarroi plus secrètes. Dans d'autres cas, l'entretien tendait à se prolonger, avec le risque de conduire à des redondances et de le banaliser. Il a pu arriver aussi que précisément une alerte survînt alors que très peu de personnes, et notamment très peu d'enfants occupaient le refuge : la plupart des jeunes avaient bénéficié d'une excursion vers le sud du pays (alors indemne de bombardements) et seuls étaient restés les enfants les plus déprimés, refusant de sortir, ou surprotégés par un parent craignant que l'autocar soit frappé par un missile pendant son trajet.

On conçoit les difficiles problèmes qui se posaient dans de telles occurrences à l'intervenant dont la créativité était ainsi sollicitée. Cet intervenant était ainsi amené à « bricoler » un travail mêlant écoute, stimulation et renforcement narcissique, voire incitations pédagogiques : utilisation de jeux du type « morpion », incitation au dessin, voire à l'apprentissage de l'alphabet latin par un jeune qui pensait être incapable de l'apprendre...

D'une manière plus générale, on évoquera le retentissement sur la relation avec les personnes que l'on soutient, d'être exposé, lors de situations traumatogènes prolongées, aux mêmes risques que ceux-ci.

Envisageant certaines publications traitant des mêmes événements ou d'événements différents, on remarquera notamment que certaines constatations cliniques, non statistiques, auxquelles il est fait allusion plus haut, peuvent être mises en regard de recherches telles que celles de Ben-Ezra, Palgi et Shira, (Eur. J. Psychiat.), qui montrent la présence particulièrement fréquente de co-morbidités accompagnant les syndromes post-traumatiques repérés par ces auteurs deux ans après la guerre.

3 – MINEURS ISOLES ETRANGERS : PENSER DES ESPACES THERAPEUTIQUES :

Agathe DE COIGNAC - Psychopathologie enfant adolescent psychiatrie générale addictions

decoignac@yahoo.fr

Auteurs Associés : BAUBET Thierry - MARICHEZ Héloïse - LE DU Catherine - FERRADJI Taïeb Psychopathologie Enfant Adolescent Psychiatrie Générale Addictions

Si les parcours des mineurs isolés étrangers que nous recevons en consultation sont divers, ils ont souvent effectué des voyages longs et difficiles, vécu des deuils multiples et des expériences traumatiques. Le passage adolescent de ces jeunes est émaillé de difficultés liées en partie à la solitude dans laquelle ils se trouvent mais également aux exigences et au besoin de conformité aux exigences de la société d'accueil. La prise en charge de ces adolescents nécessite la mise en place d'un cadre thérapeutique différencié des autres espaces (administratif, éducatif) permettant à l'adolescent de se réinscrire dans un processus de construction identitaire

4 – TEMPS SOCIAL ET TEMPS SUBJECTIF DANS L'ELABORATION DES TRAUMAS COLLECTIFS :

François GIRAUD – Psychologue Clinicien – Service de Psychopathologie enfant adolescent psychiatrie générale et addictions – Hôpital Avicenne (Bobigny) - francois.giraud@avc.aphp.fr

Auteur Associé : Thierry BAUBET :Psychopathologie enfant adolescent psychiatrie générale et addictions

A partir de plusieurs situations cliniques d'enfants issus de familles ayant connues des situations de guerre, de génocide ou de violences politiques graves (Cambodge, Algérie, Afrique subsaharienne, Amérique Latine), il s'agit d'examiner comment s'articulent, de manière complémentaire, les mouvements d'élaboration subjective et les processus sociaux par lesquels les collectivités se réapproprient leur histoire. La psychothérapie est donc aux prises avec différentes formes de temporalité qu'il convient de savoir prendre en compte.



A6 - RELAXATION ET TRAUMATISME

Président : Bernard VOIZOT / Discutant : Jacques FORTINEAU

1 – UN TRAUMATISME DESINCARNE :

Yves RANTY - Psychiatre-(Limoges) - yves.ranty@wanadoo.fr

A partir d'une vignette clinique concernant une femme de quarante ans qui présente depuis presque dix ans, un traumatisme lié à la mort in utero d'une petite fille de quatre mois, l'auteur veut montrer l'importance du travail en relaxation.

En effet, après une prise en charge de cinq ans en psychothérapie verbale, Nicole fut prise en charge par le Training Autogène Progressif de sens psychanalytique.

L'installation d'un état modifié de conscience, la stimulation de l'imaginaire, la concentration sur les états du corps propre, le vécu de ses somatisations génito-urinaires ont permis une catharsis et des liens avec des mots désincarnés.

Le traumatisme de l'enfant mort a pu s'inscrire dans une dynamique, celle du phallus mort qui est la problématique centrale de cette patiente hystérique. C'est toute son identité qui désormais a été mise en jeu.

Cette cure a montré également l'importance pour certains patients où le traumatisme est incarné, des thérapies corporelles (body cure) qui permettent d'associer l'intérêt de la catharsis à celui de la libre association.

2 – ADOLESCENCE : LE TRAUMATISME EST-IL LA OU ON LE PENSE : LA RELAXATION EST-ELLE CE QU'ON LA PENSE ?

Christophe PEUGNET – Pédopsychiatre (limoges) - dr.peugnet@wanadoo.fr

L'adolescence est pour beaucoup un des traumatismes de la vie. Mais le traumatisme est-il lié aux conséquences du processus pubertaire, ou au manque de moyens donnés à l'adolescent pour l'aborder? Quand les symptômes de l'adolescence deviennent-ils pathologiques? Son corps est l'un des lieux les plus privilégiés que l'adolescent agresse, mais dont aussi il prend le plus soin. Il est le lieu des pulsions qui envahissent la pensée, des enjeux qui l'écartent de l'adulte. Il est paradoxal d'imaginer proposer à un adolescent de se relaxer, lui qui est déjà cerné de difficultés, et qui a plutôt recours aux "agirs". Mais la relaxation, dans sa dimension psychothérapique, a-t-elle vraiment pour objet le relâchement? C'est en fait plutôt la possibilité de se confronter à ce corps en perdition, à ses tensions, dans un espace suffisamment sécuritaire pour rétablir un lien de confiance et d'appartenance à lui-même. Moyennant une expérience tant des adolescents que de la relaxation, certaines techniques et modalités de psychothérapie de relaxation peuvent permettre de remettre en fonction l'étagage corporel de l'adolescent. On lui fournit ainsi un moyen efficace de continuer à grandir.

3 – ADDICTIONS DE L'ADULTE, RELAXATION PSYCHOTHERAPIQUE ET EVOCATION DE TRAUMATISMES INFANTILES :

Philippe NUBUKPO. (Psychiatre. Pôle addictologie CH Esquirol, Limoges), Koumotoo M. (IDE, Pôle de territoire CH Esquirol, Limoges), Mallet B (IDE en alcoologie, Bayonne) – philippe.nubukpo@9online.fr

En relaxation d'adultes souffrant de pathologies addictives, la cure réactualise souvent un vécu traumatique de l'enfance. Ceci se fera soit sous la forme d'une image ou d'un retour de souvenir comme si la cure était hypermnésiante. Les images en relaxation peuvent constituer une perception contemporaine à la séance, sensation nouvelle au travers d'une projection sur le relaxateur. Mentales ou corporelles, elles peuvent représenter aussi le retour d'une représentation refoulée et sont alors chargées d'affect. Parfois qualifiées d'« images indomptées », témoin de la reviviscence d'éprouvés psychocorporels anciens, peut-on les considérer comme des hallucinations?

Mais les images ne se contentent pas d'être le témoin de notre histoire psychocorporelle et sont également un levier thérapeutique, la voie d'un changement à condition qu'avec l'aide du relaxateur, le travail d'élaboration ait lieu.

Les auteurs proposent, à partir du commentaire de vignettes cliniques courtes et de développements théoriques, d'analyser les processus en jeu au cours de ces relaxations.



4 – DU LANGAGE DU CORPS VERS LES PREMIERES MISES EN MOTS :

Andréa SERPA-ROUEDE – Danse Thérapeute – Service de pédopsychiatrie du Pr. ASKENAZY (Nice)-
Andrea.serparouede@sfr.fr

Auteurs Associés : Pr Florence ASKENAZY

Dans le cadre d'un parcours de soin centré sur l'hypothèse d'une distorsion perceptive dans l'anorexie mentale restrictive de l'adolescent, il est proposé un atelier thérapeutique corporel animé par une danse-thérapeute.

A travers l'exposé d'une expérience clinique avec une patiente sévère (angoisses de dépersonnalisation associées aux symptômes anorectiques), nous développerons l'intérêt de cette approche. Il s'agit d'un travail groupal acceptant cinq patients à divers stades évolutifs de la symptomatologie. Cette thérapie de groupe s'inscrit dans une continuité thérapeutique et les jeunes peuvent en bénéficier plusieurs années, même lorsque les symptômes apparents ne sont plus visibles.

L'objectif de cet atelier est la recherche de sensations corporelles qui auraient pu être perdues ou même jamais trouvées dans le sein des relations précoces. Petit à petit vont naître des sensations, des perceptions jusqu'à la représentation qui va soutenir la possibilité de l'émergence d'un processus de psychisation.



A7 - INSCRIPTION DU TRAUMATISME, IMPACT SUR LES SOIGNANTS

Président : Jean Michel COQ / Discutante : Hélène LIDA-PULIK (Paris)

Argument :

Hélène LIDA-PULIK – Psychiatre Praticien Hospitalier intersecteur de Pédopsychiatrie de Versailles, Médecin coordonnateur MDA (Yvelines Sud) - CMP Ados Versailles – hlidapulik@ch-versailles.fr

LE VECU DU SOIGNANT FACE AU TRAUMATISME

En tant que soignants, nous pouvons être confrontés à des traumatismes auprès des patients (agressions, suicide), traumatismes individuels ou d'équipe. Bien que nous soyons théoriquement formés en tant que professionnels pour faire face à des événements rares, nous pouvons nous trouver en difficultés personnelles et collectives et avoir à mener un travail complexe d'élaboration pour recouvrer notre intégrité personnelle et toutes nos capacités soignantes.

Par ailleurs, nous pouvons avoir à prendre en charge des sujets ayant vécu des traumatismes sévères, quelque soit leur nature, et cela représente souvent une épreuve. Au-delà de la fascination que peut générer l'événement hors du commun vécu par la personne, il nous faudra arriver à rencontrer ce sujet et le vide de représentations signifiantes qui l'habite initialement (l'impensable du traumatisme). Dépasser les phénomènes de répétition traumatique pour réengager le sujet dans des processus associatifs féconds, qui viennent rétablir une continuité historique dans sa vie, suppose le nouage d'une relation transférentielle excluant tout désir de réparation.

1 – INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES D'URGENCE AUPRES D'ENFANTS SUR LE TERRAIN MEME DE LA CATASTROPHE : OBJECTIFS, CADRE ET LIMITES :

Jean-Michel COQ – SAMU CUMP - jean-michel.coq@nck.aphp.fr

Un événement potentiellement traumatogène de par sa soudaineté et sa brutalité constitue une rupture dans l'écoulement normal de la vie de l'enfant, qui le confronte souvent à un état de détresse, d'angoisse intense, de stress, qui peuvent laisser une empreinte durable sur son fonctionnement psychique et ses potentialités maturatives.

Dans ces interventions d'urgence auprès des enfants, le clinicien met son propre pare-excitation en jeu, à un moment où celui des parents est souvent débordé. Ainsi devant un afflux d'excitations dues à la violence de l'évènement et aux fortes tensions excitatrices qui se développent dans une zone d'opération de secours, les enfants sont parfois en grande détresse, leurs parents ne sont plus disponibles psychiquement et le personnel de secours ne sait comment aborder les enfants dans de telles circonstances. L'intervention psychologique immédiate consiste à établir un lien avec l'enfant, son objectif est tout d'abord de limiter les effets de désorganisation psychique qu'entraîne le trauma. L'échange avec l'enfant se déroule souvent directement sur le sol du bâtiment où sont soignés et accueillis les rescapés.

Après s'être présenté le clinicien aide l'enfant à réorganiser sa parole et à exprimer ce qu'il a ressenti et éprouvé durant l'évènement. Une feuille de dessin, des objets médiateurs peuvent faciliter la construction de la relation avec l'enfant.

Quand les parents sont présents, il est important de les aider à restaurer leurs compétences parentales mises à mal par l'expérience traumatique. Lorsqu'ils sont absents le clinicien tente de limiter les effets d'une angoisse d'abandon qui se manifeste parfois par un état de détresse aigu.

A partir de deux retours d'expériences concernant des interventions psychologiques d'urgence effectuées sur le terrain même d'une catastrophe, l'auteur montre la nécessité de construire un cadre psychique contenant et étayant, créatif et souple, éloigné d'une conduite à tenir ou d'un protocole d'intervention systématisé. Ces interventions doivent comporter une suite, sous la forme d'un entretien individuel ou d'une intervention collective de type débriefing ou groupe de parole lorsque l'indication en est pertinente. Une réflexion sur les limites de ces interventions d'urgence auprès des enfants possiblement traumatisés sera menée au regard des multiples demandes parentales et institutionnelles qui ont vues le jour ces dernières années.

2 – CONTRE-TRANSFERT ET TRAUMATISME PSYCHIQUE :

Rahmeth RADJACK – Chef de Clinique- Maison des Adolescents - rahmeth.radjack@cch.aphp.fr

Auteurs associés : MOUCHENIK Yoram - CHU Sainte Anne, LAROCHE JOUBERT - CHU Avicenne, BAUBET Thierry – CHU Avicenne, MORO Marie-Rose – CHU Cochin

Nous avons élaboré un outil qualitatif de recueil d'informations concernant l'expérience clinique des psychothérapeutes qui reçoivent les patients traumatisés, dans le cadre d'une recherche portant sur l'approfondissement des connaissances sur les processus de transmission du traumatisme psychique. Nous allons présenter les premiers résultats de la recherche à partir de l'analyse d'une dizaine d'interviews semi-structurées de thérapeutes. Nous mettons ainsi en évidence la singularité des contre-

transferts lorsqu'il s'agit de patients traumatisés en nous fondant sur les notions de scénario émergent (émergence d'un scénario en réponse au récit de l'expérience traumatique vécue par ces patients), d'empathie, de fatigue compassionnelle.

3 – LES INTERVENTIONS TRAUMATIQUES DES PROFESSIONNELS DE L'URGENCE :

Alexandra LAURENT – Maître de Conférence Psychologue Clinicienne- Laboratoire de Psychologie - 32 rue Megevand 25000 Besançon - alexandra.laurent@univ-fcomte.fr

Les médecins, infirmiers et ambulanciers des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) sont confrontés à la mort de leurs patients dans leur activité professionnelle quotidienne. Dans ce contexte, la mort des patients revêt souvent un caractère imprévisible et brutal, résultant de violences, d'accidents, de suicides et d'agressions. Ainsi, deux dimensions se dégagent de l'activité médicale urgente, d'une part l'imprévisibilité des interventions et d'autre part la confrontation avec la mort. Ces deux dimensions nous renvoient aux deux principaux aspects psychopathologiques en jeu dans le traumatisme psychique: la brutalité de l'évènement et la rencontre avec la mort.

Notre étude porte sur 69 intervenants SMUR: médecins, infirmiers et ambulanciers. L'objectif est d'identifier les interventions vécues de manière traumatique par les intervenants et de nous interroger sur le vécu traumatique et enfin d'en mesurer les répercussions psychotraumatiques. Au cours de cette recherche, nous avons utilisé une double méthodologie à la fois qualitative avec des entretiens cliniques semi-structurés et quantitative à l'aide du questionnaire mesurant les troubles psychotraumatiques: le Posttraumatic stress disorder interview de Watson et al (1996). Sur l'ensemble de notre population, nous observons que 77% des intervenants SMUR ont vécu une intervention à caractère traumatique. A long terme, l'intervention traumatique reste fixée en mémoire, cependant nous observons une faible intensité des troubles psychotraumatiques et seulement un état de stress post-traumatique dans la population SMUR.

L'évènement traumatique n'est pas à appréhender dans une dimension psychopathologique, mais davantage dans le sens d'un rituel de passage permettant un réaménagement de l'identité professionnelle afin de faire mieux face aux interventions suivantes. L'éclosion surprenante et soudaine de facultés nouvelles, nous renvoie au concept d'élaboration résiliente (Crocq, 2003) que nous discuterons au cours de cette communication à l'aide de vignettes cliniques émanant de l'analyse thématique des entretiens.

4 - GESTION PSYCHIQUE DU TRAUMATISME CHEZ L'ENFANT

Geneviève TIXIER-VALLIN – Psychologue Psychothérapeute – CMPP Limoges vallin.pierre@wanadoo.fr

Il s'agira ici de présenter quelques vignettes cliniques rapportées aux traumatismes de la vie vécus par des enfants de six à douze ans qui ont été pris en charge professionnellement.

Ces accidents, "intrusifs", peuvent se décliner sous différents registres, notamment : la mort, la maladie, l'agression, l'abandon.

Par quels symptômes –essentiellement comportementaux- les enfants ont-ils pu manifester, "aménager" leur souffrance et leur mal-être en fonction de leur structure psychique ? Et quelle a été la place de la thérapie dans la cicatrisation pour une intégration vivable du traumatisme ?



A8 - TRAUMATISME ET VIOLENCES

Président : Laurent FOURCADE / Discutant : Michel.BASQUIN

1 – ETUDE SUR LA FREQUENCE ET LES CARACTERISTIQUES DES REVES PREMONITOIRES DANS LES SITUATIONS POST-TRAUMATIQUES DES ENFANTS :

Vincent BACH - Pédopsychiatre – Centre de Guidance Infantile – Brive - vincent.marie.bach@wanadoo.fr

Dans les suites de situations traumatiques, on observe chez les enfants, à côté de manifestations non spécifiques à leur âge, la fréquence des distorsions cognitives se rapportant à la réalité et à la succession des séquences de l'évènement.

Le repérage temporel, encore aléatoire, favorise la réorganisation chronologique. Nombreux sont les enfants qui, après avoir été exposés à des situations douloureuses et déstabilisantes, ont la conviction que celles-ci ont été précédées par des rêves prémonitoires et/ou des signes avant-coureurs qu'ils auraient dû détecter ce qui les amène à rester ensuite dans un état de forte anxiété anticipatrice et d'hypervigilance.

D'autre part, l'impossibilité de donner du sens à ces situations, pour des sujets encore immatures et pris dans une vision égocentrée du monde, favorise les erreurs d'interprétation sur les causes et les conséquences de ces évènements.

A l'occasion d'une consultation avec un enfant âgé de 10 ans, interrogé sur la présence d'images et/ou de rêves consécutifs à des actes répétés de violence du père sur la mère auxquels il avait assisté, la conjonction de distorsions chronologiques et d'erreur d'interprétation s'est exprimée de façon manifeste dans l'affirmation spontanée : « parfois, ce que je pense, ça arrive », verbalisée avec une souffrance évidente, cette phrase traduisait la conviction que non seulement les violences paternelles avaient été précédées par les rêves prémonitoires mais surtout que c'était ces rêves qui en étaient la cause. (Après cet aveu, la phrase : « je me demande pourquoi je suis né » témoignait du poids de culpabilité qu'il portait.)

Il est apparu intéressant de rechercher, de façon systématique, dans les situations traumatiques la présence de ces rêves prémonitoires et d'évaluer le sentiment de culpabilité qui y est éventuellement associé.

Cette recherche commencée en octobre 2010 porte aujourd'hui sur une quarantaine de cas et fait apparaître la très grande fréquence de ces croyances erronées et douloureuses se rapportant à des situations nombreuses et diverses. Elles sont très souvent repérées dans des situations de violences intra familiales, d'abus sexuels, de deuils mais également dans des situations d'accident touchant un proche et même un animal sans que cette liste ne soit exhaustive...

Plus difficile et douloureuse à verbaliser que les reviviscences post traumatiques classiques, qui généralement leur sont associées, leur identification chez les enfants les plus jeunes, est exposée au risque d'induction (cependant la tension anxieuse très vive, que l'on perçoit quand on aborde la question des rêves, et l'apaisement, observé après qu'on ait expliqué la réalité du processus et rassuré l'enfant sur sa responsabilité, permettent de confirmer la présence de la croyance erronée).

Chez certains enfants, le pouvoir attribué aux rêves prémonitoires fait croire au risque de survenue des situations traumatiques en rapport avec l'activité onirique.

On retrouve (mais avec une fréquence moindre) ces convictions erronées chez les adolescents ayant vécu des traumatismes dans l'enfance (jusqu'à 17 ans dans notre étude).

L'âge de survenue du traumatisme paraît cependant déterminant pour l'inscription de ces convictions erronées.

La question de l'impact réel de ces convictions erronées sur l'état psychique est difficile à évaluer. La question de leur association systématique avec des reviviscences post traumatiques reste à préciser.



2 – DEVENIR UN HOMME DANS UNE FAMILLE MARQUEE PAR UNE HISTOIRE DE VIOLENCES CONJUGALES ET D'ABUS SEXUELS :

Elisabeth MARTIN - Médecine Légale CHU Besançon – e3martin@chu-besancon.fr

Auteurs associés : GALDON Lucie - Pédopsychiatrie CHU Besançon, DAHOUI Audrey - Pédiatrie

Nous évoquons le cas d'un jeune garçon de 12 ans, chez qui l'émergence des processus d'adolescence vient se heurter à une histoire familiale marquée par des violences conjugales ainsi que des abus sexuels qui auraient été commis par le père sur plusieurs filles de la famille.

A l'entrée dans l'adolescence, ce jeune patient se trouve fortement identifié au père au sein du cercle de femmes qui compose la famille. Il développe à cette période des manifestations phobiques, une anxiété de séparation ainsi que des troubles du comportement qui viennent interroger à la fois la fonction paternelle mais également la relation mère-fils.

Cette période vient en effet réactiver chez la mère les traumatismes passés, dans une grande confusion vis-à-vis des problématiques actuelles.

L'instauration de soins psychiques a permis, par le biais notamment d'une différenciation des espaces thérapeutiques, un travail d'une part autour de l'histoire familiale et des projections maternelles et d'autre part sur les enjeux identitaires qui accompagnent les processus d'adolescence.

3 – OUHH... !!! SYMPTOMES HONTEUX DE L'ENFANT, OU ECHOS TRAUMATIQUES TRANSGENERATIONNELS FANTOMATIQUES :

Edith VOGEL – Pédopsychiatre – Limoges - edithvog@free.fr

Arthur est amené par ses parents pour un symptôme comportemental présenté comme exclusivement scolaire, confondu avec les réactions démesurées qu'il aurait provoquées chez la maîtresse, celle-ci étant alors plus ou moins tenue responsable de réactions en cascade aboutissant à ce que les parents vivent comme une menace d'ostracisation sociale, par l'intermédiaire du réveil et de la mise à nu (réelle ou fantasmée) de leurs traumatismes respectifs dans le corps social.

Où comment l'affect honteux révèle sa capacité à servir de grand véhicule aux fantômes, l'ensemble passant les murailles psychiques, et menaçant l'intégrité corporeo-psychique de chaque intervenant.

Où comment le symptôme honteux de l'enfant annule le fonctionnement psychique de son témoin.

Hypothèses psychopathologiques.

4 – AU-DELA DE LA MALTRAITANCE : COMMENT PRENDRE SOIN DES PARENTS POURSUIVIS ?

Elisabeth MARTIN - Médecine Légale CHU Besançon – e3martin@chu-besancon.fr

Auteur associé : GALDON Lucie - Pédopsychiatrie CHU Besançon

Ce contexte, associé à des angoisses maternelles majeures au cours de la troisième grossesse, a conduit à l'intervention d'une équipe de psychiatrie périnatale à la maternité. Le problème du positionnement des soignants s'est posé, la réflexion autour de l'établissement des premiers liens parent-bébé apparaissant contaminée par l'existence d'une procédure judiciaire, d'autant plus que cette dernière était au centre du discours parental, et que les problématiques familiales comme intra-psychiques étaient radicalement mises à distance.

Dans cette confusion des espaces, entre le judiciaire et le thérapeutique, nous avons été interrogés par la multiplicité des intervenants autour de cette famille, plusieurs d'entre eux pouvant avoir la même fonction. Cela pose la question du sens qu'il peut y avoir à multiplier les interventions, au risque de constituer un faux étayage médico-social qui ne prend pas en compte les relations de confiance que les parents ont pu éventuellement établir par ailleurs. Ces situations posent régulièrement le problème de l'accompagnement et des soins psychiques qu'il est possible d'instaurer auprès de ces familles, qui se trouvent souvent dans une grande détresse psychosociale et dont le parcours de vie est fréquemment émaillé d'événements traumatiques.



A9 - SEPARATION(S)

Présidente : Nicole BASQUIN / Discutante : Aline MEYNARD

1 - JUSQU'A CE QUE LA MORT NOUS SEPRE... DU TRAUMATISME A L'INSISTANCE DU SYMPTOME :

Katiane PENDA., Interne en Psychiatrie - RIQUIN .E, Interne psychiatrie - AVARELLO.G, Chef de clinique - MALKA .J, PH Pédopsychiatre - DUVERGER.Ph, PU-PH - Service de Pédopsychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire, 4 rue Larrey, 49933, ANGERS - pkathiane@yahoo.fr

Nous allons aborder la question des traumatismes familiaux à partir du cas de la jeune Pénélope, 13 ans. Pénélope a été adressée à de nombreuses reprises aux urgences pédiatriques du CHU d'Angers suite à des propos suicidaires exprimés à son entourage ou au décours de mises en scène de gestes suicidaires : scarifications, défenestrations... L'histoire de Pénélope est marquée par une insécurité du lien aux figures parentales. La dynamique familiale est telle que la séparation ne semble possible que dans la mort : on cherche à donner la mort à l'autre ou à soi-même. La séparation est ainsi irréprésentable, constituant alors un traumatisme. A défaut de sécurité quant à l'élaboration de la permanence de l'objet, l'absence de l'autre laisse place à un vacillement du sentiment d'existence. C'est ce que semble mettre en scène, présentifier, Pénélope lorsqu'elle se montre sur le point de se jeter dans le vide. L'autre est placé en position de revenir vers elle, pour lui sauver la vie. Le symptôme se répète, face au vide de représentations pour traiter la question de la séparation et sans doute à une certaine dimension de jouissance. Le renoncement au symptôme semble devoir en passer par la création d'un espace transitionnel, permettant que l'objet absent dans la réalité extérieure puisse rester présent dans la réalité interne.

Après une présentation de la situation clinique accompagnée de repères anamnestiques, nous discuterons de la psychopathologie derrière le symptôme en vue d'en retirer des éléments de réflexion concernant la prise en charge de ces situations de traumatismes familiaux.

2 – SEPARATIONS TRAUMATIQUES :

Alain SARFATI, Patrick Chardeau, Florent Cosseron - MDA des Hauts de Seine, secteur 92102 –lino.serfati@free.fr
Sébastien Nourry, Marie Giloots, Gilles Baraband - MDA des Hauts de Seine, secteur 92103
SARFATI Alain et Sébastien Nourry Co-thérapeutes de l'atelier « Mini studio » du CATTTP adolescents du nord des Hauts de Seine dépendant du centre hospitalier Théophile Roussel de Montesson (78)

Présentation de l'atelier Mini studio :

L'atelier Mini studio est un atelier mené dans le cadre des secteurs infanto juvénile du nord des Hauts de Seine, 92i01, 92i02-92i03-92i04, proposant une médiation thérapeutique autour du chant, de la composition et de l'enregistrement. Il constitue un espace thérapeutique d'expression et de créativité. Cet atelier s'inscrit dans une logique de travail de réseau de la MDA des Hauts de Seine.

Articulation autour du traumatisme, Paul, jeune accueilli au groupe :

Après entretien avec les soignants qui interviennent au mini studio, l'adolescent est reçu pour trois séances de découverte permettant de contractualiser l'engagement du jeune sur ce dispositif. En effet, les jeunes qui viennent vers nous se mettent bien souvent très vite au travail que ce soit dans la production de textes ou dans la proposition d'une ébauche musicale à la guitare ou à la voix, tout cela sous-tendu par une bienveillance et un encouragement de chacun des membres du groupe.

Nous avons choisi de vous présenter la situation de Paul qui présente un tableau clinique intéressant de part la thématique de cette année : dans le sens où il n'est pas tant question d'un traumatisme isolé et fondateur, mais d'une multitude de séparations traumatiques qui ont laissées Paul se débattre avec des difficultés psychiques importantes.



Paul est un garçon de 18 ans (au moment où nous le rencontrons) grand et mince qui présente une malformation au niveau de la main droite avec une phalange en moins (c'est une atrophie que nous ne repérerons pas dans les premiers mois de l'atelier). Il est d'un abord timide et triste avec une élocution rapide et sussurante, pétri d'angoisse et de doute de lui-même, mais également dans une quête affective dans la rencontre avec l'autre. Il saura « s'animer, s'enflammer » durant les séances d'atelier où son écriture facile « sort » du cahier pour se combiner à une mélodie et à un rythme et devenir concrètement une chanson.

Conclusion :

Au travers l'accueil au Mini-studio, Paul put faire l'expérience de mécanismes de sublimation, non plus dans le secret de ce cahier rempli à ras bord de mots copier/coller, et semble-t-il peu investi jusqu'alors, mais bel et bien au sein d'une aventure groupale qui, par sa dynamique et ses vertus contenantes permirent à Paul de renforcer son sentiment de sécurité interne et d'utiliser ses mots avec une plus grande aisance mais aussi de les chanter avec un réel talent pour poser sa voix.

3 – LA DISPARITION DU MEILLEUR AMI : UN TRAUMA MECONNU :

Lise CONRAD –PASQUINI - Psychiatre - Nice

Analyse d'un cas d'inhibition psychique chez l'enfant

Un cas d'inhibition psychique chez un enfant de 8 ans 10 mois, tableau installé depuis 3 ans, l'investigation clinique découvre la nature du trauma : la disparition du meilleur ami, comme séisme narcissique.

Ceci permet de se pencher sur l'amitié dans l'enfance et son rôle dans l'investissement du monde extérieur à la famille.

Disparition à distinguer de la séparation ou du deuil générateurs de tableaux dépressifs.

4 - SEPARER POUR SOIGNER : ILLUSTRATION DE L'ACCOMPAGNEMENT DU PROCESSUS EN PEDOPSYCHIATRIE :

Véronika TALY –Psychologue Clinicienne - CMP HDJ I03 du CHS de Montbert - vero.taly@yahoo.fr

Auteurs associés : BRIAND Chantal - CMP HDJ I03 du CHS de Montbert, ALBURET Gilles - AFT CMP HDJ I03 du CHS de Montbert

Le projet de séparer un enfant de sa famille, de séparer une famille de son enfant s'accompagne souvent de positions contrastées au sein d'une équipe de pédopsychiatrie. La crainte du traumatisme lié à la séparation s'exprime, sous-tendue par des représentations de perte, d'abandon, de rupture ou de discontinuité des liens. Etayés notamment par les travaux de M. David, de M. Berger, les auteurs proposent d'illustrer l'accompagnement du processus de séparation tel qu'il est pensé et sein de leur service de pédopsychiatrie. Ainsi, à partir d'un cas clinique, il sera question de l'articulation du Soin A Domicile (SAD), de l'Accueil Familial Thérapeutique (AFT) et des Consultations Thérapeutiques Familiales.

5 - L'ANNONCE D'UN DIAGNOSTIC DE TROUBLES AUTISTIQUES CHEZ LE TRES JEUNE ENFANT :

Carmen SCHRODER *1, 2, 3, Chabaux-Delaraï C*1, 2, Vecchionacci V¹, Gras-Vincendon A^{1, 2}, Danion-Grilliat A^{1,2} et Bursztejn C^{1,2}

¹ Service Psychothérapique pour Enfants et Adolescents, CHRU Strasbourg, 67091 Strasbourg Cedex, France

² Centre Ressources Autisme (CRA) Alsace, Pôle Enfants et Adolescents, 67000 Strasbourg

³ CNRS UPR 3212, Institut des Neurosciences Cellulaires et Intégratives, 67000 Strasbourg

Des récentes recherches confirment que les symptômes autistiques surviennent dans leur majorité déjà au cours des deux premières années de vie. De plus en plus tôt, notamment grâce à une sensibilisation des pédiatres et des PMI via les CRA, ces enfants nous sont adressés pour un premier avis et/ou bilan diagnostique avant l'âge de trois ans. Chez le tout jeune enfant les troubles n'étant pas encore fixés, une intervention ciblée et spécifique des troubles autistiques a d'autant plus de chance d'influer favorablement sur la trajectoire développementale de l'enfant, qu'elle est plus précoce.



Au CHU de Strasbourg, nous expérimentons un modèle de prise en charge très précoce visant à améliorer les compétences relationnelles, cognitives et comportementales d'enfants de moins de 3 ans qui présentent des signes autistiques. Ce modèle s'appuie sur le « Early Start Denver Model » (ESDM), validé par Sally Rogers et Geraldine Dawson (Dawson, Rogers et al. 2010), et s'adresse aux enfants âgés de 6-36 mois présentant des signes autistiques, ainsi qu'à leurs familles.

Bien que nos premières expériences avec ce modèle soient très encourageantes, le dépistage, le bilan d'évaluation, puis la prise en charge d'enfants présentant des signes de « risque autistique » avant l'âge de trois ans pose la question éthique de l'annonce d'un fonctionnement autistique aux parents d'un très jeune enfant. Nous proposons d'en discuter, dans le cadre d'un atelier, les difficultés soulevés par ce type de travail pédopsychiatrique.

A10 TRAUMATISME REEL ET SOINS

Présidente : Chantal PLOUGEAUT / Discutant : Denis MELLIER

1 - LE TRAVAIL EN EQUIPE, CRISE ET TRAUMATISME DANS LES INSTITUTIONS SOIGNANTES :

Denis MELLIER — Professeur de Psychologie Clinique et Psychopathologie (Besançon) dmellier@free.fr

Qu'est-ce qui fait traumatisme dans les équipes ? Comment envisager alors les effets sur le travail de cette équipe ? Est-ce que les traumatismes des individus ont-ils une influence directe sur le travail de ce collectif ?

Dans cette communication nous développerons l'idée qu'il existe une particularité groupale et institutionnelle de ce qui fait traumatisme pour une équipe. L'ambiance en effet d'une équipe dépend des événements douloureux qui peuvent affecter ses membres (maladies, suicide etc.). Cette ambiance dépend également des traumatismes propres aux personnes qu'elle accueille et soigne (un service d'urgence n'a pas la même charge affective qu'un service d'accueil d'enfants par exemple). Les équipes ont cependant des moyens différents pour faire face à ces souffrances, comme la mort d'un patient. Elles utilisent par ailleurs des défenses institutionnelles ou groupales pour se protéger de ce qui pourrait faire effraction dans leurs possibilités de travail. L'impact d'un événement ferait traumatisme dans la mesure où il représenterait une transgression dans ce qui organise symboliquement le fait institutionnel. Il agirait ainsi sur la stabilité du cadre institutionnel et les enveloppes de l'équipe. Cette crise peut être localisée à l'équipe et paralyser toute ses velléités de changement. Elle peut s'étendre à l'institution quand les pactes dénégatifs et les alliances sont touchés.

Nous nous appuierons dans notre démonstration sur l'analyse interne du changement institutionnel en crèches et d'institutions soignantes en pédopsychiatrie.

2 - MPACTS TRAUMATIQUES DES BRULURES GRAVES CHEZ LE JEUNE ENFANT :

Yvon DUBOIS - Pédopsychiatre, UF Urgences et Liaisons, Pôle de Pédopsychiatrie CH ED. Toulouse Marseille
yvon.dubois13@gmail.com

BERT Anne-Lyse, Psychologue Clinicienne, Service de Chirurgie Infantile CHU Nord Marseille

Nous relaterons l'expérience d'un service de Chirurgie Infantile du CHU de Marseille reconnu comme centre de référence au niveau régional pour les brûlures graves de l'enfant. Celle-ci nous permet de considérer la brûlure comme un événement traumatique global grave dans le développement de l'enfant et d'envisager un protocole d'action-recherche afin d'en atténuer les effets traumatiques au niveau psychique chez l'enfant et ses parents et de prévenir un syndrome post-traumatique.

Les particularités des brûlures graves comme traumatisme physique :

- survenue brutale et accidentelle
- effraction plus ou moins importante en étendue et en profondeur de l'enveloppe cutanée
- douleur forte et durable
- hospitalisation longue avec plusieurs séquences : réanimation, service de soins en chirurgie, hôpital de jour, puis consultations externes
- incertitude du pronostic tant fonctionnel qu'esthétique, soins liés à l'évolution
- difficultés de représentation de l'évolution du fait des pansements faits en bloc opératoire
- autogreffes fréquentes par lambeaux de peau pris si possible sur le cuir chevelu.

Les conséquences comme traumatisme psychosocial et familial :

- souffrance de l'enfant et de ses parents par empathie, immobilisation plus ou moins longue
- culpabilité ressentie des parents, les circonstances résultant souvent d'un défaut de surveillance ou d'un manque de prévoyance
- retentissement sur le développement psychomoteur par les impotences fonctionnelles induites par les pansements occlusifs et les douleurs mais aussi constat de régressions fréquentes de l'autonomie psychomotrice et repli sur un mode symbiotique
- expérience de la douleur des soins, difficultés de relations aux autres et angoisse réactionnelle à celle des parents
- séquelles cicatricielles comme trace du traumatisme subi.



Le personnel soignant et l'équipe psycho-éducative sont très sensibles à la globalité de la souffrance vécue et expriment le besoin d'une prise en charge pluridimensionnelle depuis le début des soins afin d'atténuer les effets traumatiques immédiats et secondaires ; la mise en place récente de l'intervention d'un pédopsychiatre au titre de la psychiatrie de liaison a permis de relancer l'idée d'une action-recherche afin de mettre en place un protocole de prise en charge systématique pluridisciplinaire, d'observer les retentissements immédiats et de suivre à moyen terme l'évolution après la sortie et la réinsertion dans l'environnement familial. Nous nous référerons notamment aux théories sur la fonction de la peau dans le développement chez Esther Bick et Didier Anzieu et au rôle des interactions précoces parents-bébé.

Quelques vignettes cliniques illustreront cette problématique et le travail institutionnel et sa mise en protocole seront exposés.

3 - ACHEVER DE NAITRE AU MONDE ET SOI-MEME OU RETROUVER LE FIL DE SON HISTOIRE ET L'ECRIRE...

Chantal PLOUGEAUT - Pédopsychiatre - Pôle de pédopsychiatrie - CH Esquirol. Limoges - cplougeaut002@lerss.fr

Samuel, Elsa, Maya, Jeanne. et tant d'autres doivent être ici remerciés pour la façon dont ils nous conduisent sur les chemins d'une co-écriture du soi tout en nous renvoyant, pour les aider à devenir, à nos propres tentatives de construction d'un soi en perpétuel remaniement.

Il s'agit d'évoquer ici, la rencontre thérapeutique qui ouvre sur la narration incarnée, s'adossant à la notion de contre-transfert, et aux lectures multiples dont se nourrit un thérapeute, non pas exclusivement de textes psychanalytiques et pédopsychiatriques, mais aussi d'écritures romanesques (y compris littérature enfantine), théâtrales ou chorégraphiques. Ces écritures enrichissent les possibilités de rencontres et de mise en représentation de soi et d'un autre que soi.

Ce va et vient entre ces différentes références vient alimenter la pensée associative et fait image. L'objectif est de rendre lisible le trauma qui sidère la pensée, trauma pas toujours caractérisé par la soudaineté mais éventuellement par son insidiosité et son caractère lancinant et innommable, afin que se mette en chantier la construction d'une identité propre. Identité fondant le sentiment continu d'existence, où il soit possible de se définir en tant que personne et aussi en tant qu'être humain en lien avec d'autres êtres humains.

4 - CLINIQUE DU TRAUMA : QUEL DEVENIR PSYCHIQUE? QUEL AVENIR POSSIBLE?

Carlos OCHOA TORRES - Pédopsychiatre et Médecin Chef de service - Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers – ochoalelong@laposte.net

Auteur associé : Isabelle LELONG, Psychologue clinicienne, Psychopathologue, Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers

Lors de notre pratique en Psychiatrie Infanto-Juvenile et en Pédiatrie Générale et Néonatale, nous rencontrons des familles dont les parcours de vie comportent des événements potentiellement traumatiques, venant par la suite les surcharger émotionnellement et affectivement, et atteignant également les professionnels. Notre intervention, même très ponctuelle, vise ainsi davantage à proposer à chacun des pistes de compréhension ou de mise en sens.

Plusieurs situations concrètes illustreront comment, avec et à partir d'un vécu traumatique, un devenir psychique peut s'ouvrir, rendant alors possible la création et l'investissement d'un avenir. Par exemple, le "bébé sans nom" ne vient-il pas révéler, du haut de ses six semaines, l'impact d'éléments traumatogènes chez chacun de ses parents, ne leur permettant pas de se construire comme père et mère, ni de considérer cet enfant comme étant réellement vivant ? Une certaine prise en compte de plusieurs pans des histoires singulières et communes des parents ouvrira une voix possible pour soutenir les interactions et favoriser un développement plus harmonieux du bébé...



POSTERS

TDA/H : HYPOTHESE ETIOLOGIQUE EXECUTIVE ET/OU MOTIVATIONNELLE ?

Guillaume ROUSSARIE – Psychologue clinicien spécialisé en neuropsychologie – CH ESQUIROL Limoges – doctorat Université Paris 8 g.roussarie@gmail.com

L'objectif de cette étude était de comparer différentes hypothèses étiologiques concernant le Trouble de Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H). Nous avons d'un côté, le modèle de Barkley concernant un déficit d'inhibition primaire ayant comme conséquence une atteinte des fonctions exécutives et les symptômes mêmes du TDA/H type mixte (inattention, hyperactivité et impulsivité). De l'autre côté, nous avons le modèle de Sonuga-Barke qui limite ce déficit d'inhibition à une diminution d'engagement dans la tâche et qui rajoute une composante motivationnelle, l'aversion pour les délais, comme explication principales des symptômes du TDA/H. Pour comparer ces deux modèles, nous avons fait réaliser à des enfants atteints de TDA/H type mixte des tâches faisant appel à différents processus cognitifs, dans lesquelles selon la littérature, ces enfants ont des performances plus faibles que les enfants contrôles : Go/No-go, Statue, Hayling, Mémoire des chiffres, Bloc Tapping Test et attention soutenue auditive puis visuelle du TIFA. A ces tâches ont été associées différentes modalités de passation inter-sujets : 1) pas de récompense ; 2) récompense à la fin de la séance d'exercices et 3) récompense immédiate. On observe aucune différence de performance dans les tâches quelle que soit la modalité de passation à l'exception de la tâche d'attention soutenue auditive où l'aversion pour les délais aurait eu comme influence la mise en place d'une stratégie de rapidité de réponse à défaut de la justesse. Nous en avons conclu que l'aversion pour les délais ne serait pas l'étiologie du TDA/H mais serait un facteur aggravant ou protégeant selon le contexte. Cette aversion des délais ayant comme origine les normes et valeurs culturelles pourrait donc être une composante traumatique dans l'expression des symptômes du TDA/H.

« ÉTUDE QUALITATIVE PAR LA PHOTOGRAPHIE DE LA PLACE DE LA NOURRITURE DANS LES RELATIONS FAMILIALES D'ADOLESCENTS PRÉSENTANT UNE ANOREXIE MENTALE OU UNE OBESITÉ »

Jonathan LACHAL –Interne en psychiatrie – CHRU Clermont-Ferrand - Inserm U669 Maison des Adolescents - jonathan.lachal@free.fr

Auteurs associés : REVAH LEVY Inserm U669 - Maison des Adolescents - QUALIGRAMH - Qualitative Group Research in Adolescent Mental Health, Inserm U669 Maison des Adolescents - MORO Marie-Rose - Inserm U669 Maison des Adolescents

OBJECTIFS: Explorer la place de la nourriture dans les relations familiales auprès d'adolescents présentant une obésité, ou une anorexie mentale, cerner les enjeux, les dynamiques, et les leviers afin de mieux adapter les modalités de prise en charge à une connaissance approfondie de la complexité de la place de la nourriture comme vecteur relationnel. Nous nous intéresserons également à la variété des contextes culturels familiaux, afin d'explorer la place particulière de la nourriture dans des enjeux complexes liés à la migration, pour ces problématiques du poids.

METHODE: Il s'agit d'une population d'adolescents de 12 à 18 ans pris en charge médicalement, présentant une obésité ou une anorexie clinique. La méthode d'investigation est qualitative, exploratoire, et elle utilise la photo-élicitation : deux entretiens semi-structurés viseront à commenter une photographie prise par l'adolescent (un entretien adolescent, un entretien parents). L'analyse du matériel verbal utilise l'Interpretative Phenomenological Analysis, associée à un logiciel d'analyse de lexèmes nommé ALCESTE.

RESULTATS: Les tous premiers résultats seront publiés sur le poster.

CONCLUSION: Cette recherche permettra de mieux comprendre la place de la nourriture dans les relations familiales, dans l'expérience de la transaction parents-adolescents, afin de mieux envisager la relation patient-médecin autour de la nourriture qui est indissociable des enjeux relationnels au sein de la famille.

NEVROSE ET CONFLIT NEVROTIQUE, DE FREUD A NOS JOURS, HISTORICITE ET ACTUALITE

Caroline BAILLY - Interne de pédopsychiatrie – service Pr AMAR CHU NANTES carouxf@free.fr

Auteurs associés : Collot N. Sarfaty L., Pr Amar M. CHU Nantes.

A partir d'œuvres de Freud et du dictionnaire de Laplanche et Pontalis, nous tentons une définition historique des concepts de Complexe de Castration et Complexe d'Œdipe. Ces concepts, fondements de la Névrose, étudiés dans une dimension historique, individuelle et collective, s'articulent et nous amènent à un travail sur l'évolution du concept de Névrose.



La Névrose existe-t-elle encore ? Qu'en est-il de l'évolution des symptômes, du regard porté sur ce symptôme ? Nous tenterons de mettre en lien ces modifications structurales avec de grandes modifications sociétales et culturelles. Nous illustrons nos propos par deux exemples cliniques.

EVENEMENTS DE VIE TRAUMATIQUES , PREOCCUPATIONS , ET TENTATIVES DE SUICIDE DES ADOLESCENTS

Bertrand OLLIAC – Pédopsychiatre - Pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, C.H Esquirol, Limoges - bertrand.olliac@gmail.com

Auteurs associés : Caroline Larroque¹, Aline Meynard¹, Zoé Zabraniecki², Aurélie Lesage¹

¹Pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, C.H Esquirol, Limoges.

²Service de psychiatrie infanto-juvénile USAHC, CHG Montauban.

Le projet REPARES est un projet développé en faveur des adolescents suicidants avec deux objectifs. D'une part déterminer les facteurs intervenants dans la survenue des tentatives de suicide des adolescents et mieux appréhender leurs préoccupations. D'autre part préciser le devenir des adolescents suicidants pour mieux adapter les interventions des différents acteurs de la prise en charge en vue de prévenir les récurrences. Cette action, qui a reçu le soutien de la Fondation de France, a débuté en Mars 2010.

Lors de leur première hospitalisation après leur accord et celui de leurs parents, un cahier questionnaire est présenté aux adolescents pris en charge pour une tentative de suicide. Ce cahier explore différents domaines (environnement socio démographique ; fonctionnement ordalique ; événements de vie ; domaines d'inquiétudes ; anxiété et dépression ; quelques questions complémentaires concernant la vie familiale, les antécédents d'idées suicidaires et de tentatives de suicide, ainsi que la perception d'un besoin de soutien psychologique). Le médecin complète également un questionnaire indiquant les circonstances de la tentative de suicide ainsi que les antécédents psychiatriques personnels et familiaux.

Afin de déterminer le devenir de ces patients, ils sont recontactés par téléphone trois mois, six mois et un an après leur hospitalisation indépendamment de la prise en charge proposée.

Les premiers résultats obtenus six mois après la mise en place de cette action confirment ceux de la littérature, notamment l'importance de planifier des suivis structurés afin d'augmenter l'adhésion aux soins et de diminuer le nombre de récurrences suicidaires.

Cette action a rencontré une forte adhésion de la part des adolescents qui ont continué à se sentir soutenus et écoutés, tout comme leurs parents également pris en considération.

Le poster présenté propose d'exposer de façon synthétique les liens qui existent entre les événements de vie vécus par les 104 adolescents suicidants ayant accepté de participer au projet REPARES, leurs préoccupations et le risque de passage à l'acte suicidaire.

371 adolescents scolarisés en Haute Vienne ont servi de témoins en acceptant de répondre aux mêmes questionnaires. 21 Evènements de vie ont été identifiés comme des facteurs de risque de tentative de suicide lorsqu'ils ont été vécus par les adolescents. Le retentissement sur les préoccupations des adolescents en fonction de l'ancienneté de la survenue de chaque événement est également analysé.

