

## **Le séisme de Bejaia comme révélateur de deuil traumatique. Illustrations cliniques.**

### **The Bejaia earthquake as a revelation of traumatic mourning. Clinical illustrations.**

**Fergani Louhab**<sup>1,\*</sup>, **Benamsili Lamia**<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Université Abderrahmane Mira de Bejaia (Algérie), louhab.fergani@univ-bejaia.dz

<sup>2</sup>Université Abderrahmane Mira de Bejaia (Algérie), lamia.benamsili@univ-bejaia.dz

**Réception :** 23/06/2021

**Acceptation :** 13/05/2023

**Publication :** 19/06/2023

---

#### **Résumé :**

Nous vivons actuellement une période très difficile avec la crise sanitaire et d'autres crises qui en résultent comme la crise économique. En Algérie, en plus de ces crises, certaines régions ont connu récemment un séisme qui a touché plus particulièrement la région de Bejaia. Dans ce contexte très difficile, un nombre considérable de patients que nous recevons manifestent une souffrance et/ou développent des symptômes psychopathologiques en conséquence de ces évènements traumatisants. Mais, nous savons maintenant que ce genre d'évènements peut révéler chez certaines personnes des fragilités antérieures ou des traumatismes non résolus.

Nous proposons dans cet article de montrer comment le dernier séisme que nous avons vécu à Bejaia est « la goutte qui a fait déborder le vase » en mettant à nu un deuil traumatique non résolu chez toute une famille, et chez une autre adolescente. Nous décrivons la clinique de ce deuil et le déroulement des séances de psychothérapie qui est en cours, et nous insisterons à la fin sur l'importance de la formation des cliniciens à la clinique et à la thérapie de deuil traumatique.

**Mots-clés :** évènement traumatique ; traumatisme psychique ; catastrophes naturelles ; deuil traumatique ; psychothérapie.

#### **Abstract:**

We are currently experiencing a very difficult period with the health crisis and other resulting crises such as the economic crisis. In Algeria, in addition to these crises, some regions have recently experienced an earthquake that affected the region of Bejaia in particular. In this very difficult context, a considerable number of patients we receive show suffering and/or develop psychopathological symptoms as a consequence of these traumatic events. However, we now know that this kind of event can reveal in some people previous fragilities or unresolved traumas.

In this article, we propose to show how the last earthquake that we experienced in Bejaia was "the straw that broke the camel's back" by exposing unresolved traumatic grief in a whole family, and in another adolescent girl.

We describe the clinic of this mourning and the course of the psychotherapy sessions, which is in progress, and we will insist at the end on the importance of the training of the clinicians in the clinic and the therapy of traumatic mourning.

**Keywords :** traumatic event; psychological trauma; natural disasters; traumatic grief; psychotherapy.

---

\* Dr Fergani Louhab.

## 1. Introduction :

Le trouble stress post-traumatique est un trouble mental apparaissant suite à un événement traumatique. Dans ce présent article, l'évènement n'est autre que le dernier tremblement de terre qu'a connu la wilaya de Bejaia, dans la nuit de mercredi à jeudi 18 mars et qui était d'une magnitude de 5.9.

L'objectif de cette intervention est de montrer comment le dernier séisme que nous avons vécu à Bejaia est « la goutte qui a fait déborder le vase » en mettant à nu un deuil traumatique non résolu chez toute une famille et chez une autre adolescente.

En effet, il n'est pas rare dans la clinique en psychotraumatologie, de rencontrer des situations là où c'est un second événement traumatique qui va aller réveiller une ancienne souffrance traumatique non cicatrisée. On pense notamment à la célèbre notion freudienne d' « après-coup ».

Nous décrivons la clinique de ce deuil et le déroulement des séances de psychothérapie qui est en cours, et nous insisterons à la fin sur l'importance de la formation des cliniciens à la clinique et à la thérapie de deuil traumatique.

## 2. La notion d'évènement traumatique :

Le concept général de trouble psychotraumatique est à relier directement à la présence d'un événement étiologique externe (Sadlier, 2001, 7)

À l'origine de tout psychotraumatisme se trouve un fait fondamental et nécessaire pour son apparition et sa texture même. Dans le langage ordinaire comme dans la pensée philosophique, si l'évènement est tout d'abord « ce qui arrive », « ce qui s'impose à l'attention », le terme sort de sa banalité en constituant, par l'enchaînement, l'intrication, la combinatoire complexe des événements, rien de moins que la trame du temps, du devenir historique, humain ou extrahumain. L'évènement, c'est, dans son acception la plus large, « ce qui arrive ». Il faut entendre ce qui arrive communément dans l'histoire du monde, dans la sphère publique ou privée (Barrois, 2011, 94)

Dans ce cadre, deux caractéristiques servent à définir l'évènement traumatique. En premier lieu, cet événement implique une menace vitale. En second lieu, l'évènement doit susciter une réaction péri-traumatique intense de peur, d'impuissance ou d'horreur, ou encore de sidération et d'effroi (Pilet, Guihard, Obringer, Brice, 2011, 12). De son côté, Lebigot (2011) cite deux caractéristiques : L'intensité de l'évènement et l'impréparation du moi (soudaineté de l'évènement) (Lebigot, 2011, 11).

On tend aujourd'hui à parler d'évènement « potentiellement traumatique » ou « traumatogène ». En effet, parler d'évènement traumatisant peut laisser supposer une action presque mécanique de l'évènement sur l'individu, ne tenant pas compte de sa subjectivité. Or, un événement donné n'a pas d'effet traumatique sur tous les individus qui y sont exposés, même si, comme le faisait déjà remarquer Freud en 1920, au-delà d'une certaine intensité de l'évènement, les facteurs individuels comptent peu (Taieb, 2003, 1)

En résumé, l'évènement traumatique est souvent un évènement généralement hors du commun, exceptionnel, violent, incontrôlable, massif, intense, imprévisible, soudain, inattendu, brutal, qui implique une menace vitale, qui agresse ou menace brutalement l'intégrité physique et/ou mentale de l'individu, qui suscite une réaction intense de peur, d'impuissance, d'absence de secours, d'horreur, de frayeur, ou encore de sidération et d'effroi. Cet événement remet en cause les valeurs essentielles de l'existence que sont la sécurité, le respect de la vie, la paix, la morale, la solidarité, etc.

## 3. La notion de catastrophe naturelle :

Bacqué (2003) souligne que les catastrophes naturelles inscrites dans l'histoire depuis des millénaires, sont conçues comme le résultat de l'action de l'environnement, du climat ou

de représentations plus archaïques (les dieux, les esprits ou de l'ambivalence de la Terre qui nous a fait naître) (Bacqué, 2003, 111).

Cremniter et les autres (2007) indiquent que les tremblements de terre, les éruptions volcaniques, les tsunamis, en sont les exemples les plus caractéristiques des catastrophes naturelles.

#### **4. La notion de traumatisme psychique :**

Le mot « *traumatisme* » apparu à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle vient des mots grecs anciens *traumatismos*, signifiant « *action de blesser* », et *trauma*, signifiant « *blessure* ». Appliqué à la pathologie chirurgicale, il signifie « *transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion* ». Transposé à la psychopathologie, il devient *traumatisme psychologique* ou *trauma* (Chidiac, Crocq, 2010, 316).

Le traumatisme psychique est « *un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur* » (Crocq, 2007, 7).

Le DSM 5 (2015) définit le trouble stress post-traumatique comme un trouble mental résultant de l'« *exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes : 1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques. 2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes. 3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels. 4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques ( ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants)* » (DSM5, 2015, 350).

Les critères diagnostiques retenus par le DSM 5 (2015) sont les suivants :

- A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles ;
- B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause ;
- C. Évitements persistants des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques ;
- D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques ;
- E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques ;
- F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois ;
- G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ;
- H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ( ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

## 5. Le deuil traumatique :

Étymologiquement le mot deuil vient du latin « *dolus* » et par extension de « *dolore* » (souffrir). Ce terme n'a donc, initialement, pas de référence spécifique à la mort, mais bien davantage à la douleur du chagrin et à la souffrance de l'âme (Romano, 2015, 6).

Le deuil est un processus qui se déroule selon certaines étapes dont la chronologie n'est pas automatique. Dans un premier temps on assiste à une incongruence cognitive liée au fait que la nouvelle de la mort n'entre pas « littéralement » dans les catégories cognitives du sujet. Un temps est nécessaire pour intégrer la nouvelle, au même titre que n'importe quel événement stressant (Bacqué, 2003, 130).

Dans ce cadre, le deuil n'est pas une maladie et ne requiert pas nécessairement le recours du professionnel comme le soulignait Freud. Il peut se terminer au bout d'un certain temps, mais il peut aussi se compliquer quand le travail de deuil ne s'engage pas. Dans ce cas, il peut être comme « gelé » et se manifester en différé, être inhibé ou devenir chronique ; il peut également conduire à des troubles psychiques réactionnels ou un deuil traumatique en cas de morts violentes (Coq, Romano, Scelles, 2011, 356).

Romano (2015) estime qu'au niveau psychique le deuil est un traumatisme en raison de l'impact de la confrontation à la mort et des bouleversements intrapsychiques et intersubjectifs qu'elle impose. Si l'on considère que tout sujet est doué d'un psychisme et que celui-ci s'étaye à partir des relations qu'il élabore avec son environnement, il est aisé de comprendre que le moindre bouleversement du monde extérieur est susceptible d'avoir des répercussions au niveau de sa dynamique intrapsychique et intersubjective (bouleversement dans la dynamique familiale ; désorganisation dans la vie quotidienne ; enjeux matériels et économiques, etc.). Ce véritable « *cataclysmes intérieurs* » (Bowlby) conduit à une crise existentielle source de multiples remaniements. La majorité des endeuillés parvient à se dégager progressivement de l'état d'agonie psychique dans lequel cette effraction les a figés, par ce qui pourrait être qualifié de deuil « adapté ». D'autres restent durablement blessés psychiquement ce qui conduit à des deuils « difficiles », « compliqués » voire « pathologiques » (Romano, 2015, p6-7).

Vitry (2014) considère que le deuil peut être considéré comme traumatique lorsqu'il intervient dans des circonstances potentiellement traumatiques, par exemple lorsque l'annonce du décès est subite et inattendue, dans un contexte de souffrance et de déshumanisation – crash d'avion, tsunami, attentat –, lorsque les corps des défunts ont disparu ou sont détruits. Cette forme de deuil se caractérise par un impact émotionnel initial qui engendre une intensité et une pénibilité des symptômes ressentis. À la perte vient se mêler l'effroi de ce qui a fait effraction principalement au moment de l'annonce du décès, avec l'effet de confrontation brutale au réel de la mort. Le deuil lié à une mort par homicide est particulièrement douloureux et s'accompagne de peurs diffuses, de colère et de recherches fantasmatiques de vengeance. L'attente du procès met en suspension le déroulement du deuil et le verdict apporte souvent un apaisement (Vitry, 2014, 103).

Ainsi, le deuil post traumatique survient lorsque la mort d'autrui se produit en même temps qu'une rencontre avec le réel de la mort ou une menace de mort pour le sujet. Dans ce type de deuil, les symptômes compliquent, ralentissent, voire empêchent le travail de deuil. Le travail de deuil, s'il est difficile à ses débuts, se traduit par une nostalgie intense et une recherche de souvenirs. Le deuil s'appuie, au départ sur des objets concrets et sur des témoignages d'autrui, puis sur une évocation des perceptions passés, si désirées qu'elles évoquent parfois des phénomènes d'illusions confondues avec des hallucinations, et enfin par une mise en sens de la situation, généralement aidée par la communauté. A distance de la perte, la reconstruction du lien développée à nouveau, mais conjuguée au passé, donnant finalement lieu à une certaine créativité et inventivité. Le travail de deuil est exemplaire de la mise en place de la mentalisation de la perte, c'est-à-dire de l'articulation progressive du lien affectif à l'objet et de toutes représentations pour aboutir à son intériorisation. Dès lors, l'idée principale du deuil traumatique est donc que la souffrance dans laquelle la perte plonge le sujet est vécue comme traumatique (Bacqué, 2003).

En France, ce deuil avec traumatisme est souvent appelé « deuil post-traumatique ». La coexistence du deuil et du traumatisme se trouve réalisée lorsqu'un sujet a perdu un de ses proches dans des circonstances où sa mort, provoque chez lui une effraction traumatique (Lebigot, 2011, 66).

Sur le plan nosographique, le texte de la CIM 10 concernant l'état de stress post-traumatique ne mentionne pas le deuil. Par contre, la CIM 11 ajoute le deuil prolongé, réaction de deuil persistante et envahissante d'une durée de plus de six mois. De son côté, le DSM 5 (2015) aborde la question du deuil traumatique dans le point 7-6 intitulé « *Autre trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress, spécifié* » en le nommant trouble de *Deuil complexe persistant* et qui consiste en un deuil chronique caractérisé par de l'aigreur, de l'agressivité et des sentiments ambivalent quant à la personne décédée et accompagnée par un retrait intense et prolongé. Il est à distinguer du deuil normal. Ce syndrome de « deuil complexe persistant » (DCP) et fait partie des affections proposées pour des études complémentaires dans le DSM 5. Le but en est sûrement de créer une entité nosographique distincte.

Ainsi, les critères diagnostiques du DCP ont été inclus dans la section III du DSM-5 et référencés dans la catégorie *autre trouble lié à des traumatismes et à des facteurs de stress, spécifié*. Cependant, les données provenant de sources cliniques et communautaires indiquent que ces critères ne sont pas suffisamment sensibles. Par conséquent, nous ne recommandons pas aux lecteurs d'utiliser ces critères. Les caractéristiques essentielles du DCP (voir chapitre 3, « Cadre conceptuel et controverses dans les troubles de l'adaptation ») incluent la persistance des symptômes caractéristiques depuis au moins 12 mois (6 mois chez les enfants) après la mort d'une personne importante (Critère A). Les symptômes du DCP comprennent une détresse de séparation intense et des inquiétudes troublantes concernant certains aspects de la perte (Critère B). La plupart des gens réagissent fortement à la perte d'un être cher pendant les premières semaines et les mois suivant le décès. Les personnes endeuillées éprouvent une douleur aiguë qui peut être intensément pénible et perturbante. Les deux principales différences entre ce modèle plus typique de deuil et le DCP sont 1) que la détresse liée à la séparation est exceptionnellement forte dans le DCP et 2) que la personne endeuillée est très troublée et concentre beaucoup d'attention sur les facteurs liés à la façon, au moment et à la raison (comment, quand et pourquoi) du décès de la personne ou sur les conséquences de la mort. Le plus souvent, ces symptômes de DC sont chroniques et persistants et causent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement (Critère D) (Patricia, 2018, 140).

Concernant le traumatisme et le deuil familial, Delage est l'un des auteurs ayant le plus théorisé sur cette question. Il écrit à ce propos « la confrontation à une situation traumatique plonge un ensemble familial dans une situation de souffrance et de crise dont les effets doivent être considérés dans les suites immédiates et à court terme d'une part, à moyen terme d'autre part. Les troubles à long terme, susceptibles de revêtir une dimension transgénérationnelle, se nourrissent en partie des échecs du travail de crise engendré par le traumatisme » (Delage, 2002, 271).

Le deuil traumatique renvoie donc d'une manière générale à un chagrin traumatique ou à une souffrance traumatique résultant d'un événement traumatique.

## **6. Les prises en charges du psychotrauma :**

Il existe une prolifération des modalités de prise en charge du traumatisme psychique. Dans le cadre de cette communication, nous allons mettre l'accent sur deux d'entre-elles : l'EFT (Emotional Freedom Techniques ou Techniques de libération des émotions) et le EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing ou Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) :

L'EFT est une technique très jeune encore, elle n'a que vingt ans et pourtant, elle compte déjà des millions d'utilisateurs (Cagos, 2017, 175).

Développée à partir de 1995 par Gary Craig, l'EFT trouve sa source dans une méthode thérapeutique qu'un docteur en psychologie, Roger Callahan découvrit par hasard avec une



patiente phobique de l'eau (Callahan & Callahan, 1996). Il s'aperçut que le fait de stimuler manuellement un point d'acupuncture de manière prolongée pouvait résoudre une phobie persistante en un temps record et appela sa méthode « TFT » pour *Thought Field Therapy* (Thérapie du Champ Mental, en français). Craig suivit l'enseignement de Callahan dès 1994. Il eut l'idée de simplifier le protocole initial pour le rendre applicable par tous et qu'il puisse se transmettre facilement pour autonomiser chaque personne. Il publia un manuel didactique l'année suivante, en 1995, traduit plus tard en de nombreuses langues et diffusé largement (Brennstuhl, 2018, 154).

L'EFT est « *une technique de thérapie brève à qui sait l'utiliser correctement. Pour le traitement des traumatismes, l'EFT a une approche tout à fait exceptionnelle. Elle apaise l'événement traumatique dans sa globalité, avant de l'aborder point par point. De ce fait, le trauma n'en est plus un, et nous pouvons en travailler tous les aspects pour n'en conserver qu'un souvenir lointain sans charge émotionnelle. Cela permet un traitement plus complet, prenant en considération ce qui s'est passé avant, pendant et après le moment traumatique. Cela se fait sans douleur* » (Cagos, 2020, 41).

Depuis la première étude scientifique publiée par F. Shapiro en 1989 (Shapiro, 1989), l'EMDR est devenu au fil des années le traitement psychothérapeutique de choix de l'État de Stress Post-Traumatique (ESPT), aigu et chronique, au même titre que les thérapies cognitivo-comportementales (INSERM, 2004 ; HAS, 2007 ; OMS, 2013) et notamment la thérapie par exposition prolongée tant chez l'adulte (Seidler et Wagner, 2006 ; Chen *et al.*, 2015) que chez l'enfant (Gillies *et al.*, 2013) (Augeraud, 2019, 45).

La psychothérapie EMDR utilise un modèle de traitement en huit phases et un protocole standard en trois volets temporels. Ces phases et ces volets temporels guident la conceptualisation de cas et le plan de traitement dans la prise en charge. Les deux premières phases, le recueil de l'histoire du patient (phase 1) et la préparation (phase 2) marquent le début de la psychothérapie EMDR et reflètent les principes fondamentaux de toute prise en charge psychothérapeutique. En effet, dans toute psychothérapie, il s'agit de construire une alliance thérapeutique (Leeds, 2009) et d'identifier des buts psychothérapeutiques communs fondés sur une construction partagée servant à expliquer les origines de la souffrance actuelle ainsi que les actions à entreprendre pour modifier cette souffrance. Les phases 3 à 7 (évaluation, désensibilisation, installation, scanner corporel et clôture) sont celles qui utilisent les stimulations d'attention double (ou stimulations bilatérales alternées), communément identifiées comme étant « de l'EMDR ». La dernière phase, la réévaluation (phase 8), consiste à vérifier les effets thérapeutiques et permet, par les informations recueillies, de mettre à jour le ou les plans de ciblage définis en phase 1 et d'adapter ou d'ajouter des éléments tant au plan de traitement (phase 1) qu'aux outils d'autorégulation émotionnelle (phase 2) (Shapiro, 1995, 2001, 2007, 2014) (Rydberg, 2019).

Tarquinio et Tarquinio (2015) rapporte que la thérapie EMDR est évaluée comme aussi efficace que la thérapie comportementale et cognitive pour la prise en charge des syndromes de stress post-traumatique aigus ou chroniques (APA, 2004) (Tarquinio, Tarquinio, 2015, 29).

## 7. Illustrations cliniques :

Nous présentons dans cette partie deux cas cliniques que nous avons suivis récemment dans le cadre de nos consultations psychologiques. Il s'agit de deux adolescents, un garçon âgé de 13 ans et une fille âgée de 16 ans que nous désignons par les pseudonymes de Samy et Melissa.

Comme nous allons le voir, la prise en charge de ces deux patients répond à un principe identique impliquant :

- Le même contexte : le séisme de Bejaia comme élément déclencheur ;
- La même problématique psychologique : le deuil traumatique ;

- Le même traitement psychothérapeutique : application d'un protocole ciblé pour le traitement de deuil traumatique dans le cadre de la psychothérapie EFT (Technique de libération émotionnelle).

En effet, hormis les données biographiques des deux cas qui diffèrent, le déroulement de leur thérapie suit la même démarche, donc nous préférons les présenter parallèlement que séparément.

### **La goutte qui a fait déborder le vase : le séisme de Bejaia**

Dans la nuit de mercredi à jeudi (17 et 18 mars 2021), un séisme de magnitude de 5,9 a secoué la wilaya de Bejaia. Ce séisme vient compliquer davantage le quotidien de nombreuses personnes et familles qui sont déjà en situation de stress depuis plusieurs mois à cause de la Covid-19.

Face à ce genre d'évènement traumatique, les personnes et mêmes les familles réagissent de différentes manières. La description que nous allons faire de la réaction des familles de Samy et de Mélissa n'en est qu'un exemple parmi d'autres.

Samy vit avec sa mère qui est âgée de 34 ans et sa sœur âgée de 16 ans. Quelques jours après le séisme, la mère s'est montrée agitée en se présentant au centre où nous intervenons pour demander un rendez-vous pour son fils. Lors de la première rencontre avec Samy et sa mère, cette dernière rapporte que son fils affiche un désintérêt pour sa scolarité, qu'il est devenu irritable depuis le séisme, et qu'il présente aussi des cauchemars depuis ce jour-là. Elle nous a décrit comment dans la frayeur, elle a quitté avec ses deux enfants sa maison pour se rendre en pleine nuit chez ses parents.

Quant à Mélissa, elle est l'aînée de sa fratrie qui se compose de trois enfants. Elle a une sœur âgée de 15 ans et un frère âgé de 12 ans. Mais, elle a aussi deux demi-sœurs issues du premier mariage de son père. Mélissa a perdu son père en 2019. Actuellement, elle vit avec sa mère, sa sœur, son frère et l'une de ses demi-sœurs. La deuxième demi-sœur est mariée. Il est à noter, que la famille de Mélissa vit dans un appartement qui se trouve dans la grande maison que partage la grande famille. Mélissa décrit un rapport familial conflictuel. Après le décès de son père, elle nous décrit un vécu d'abandon renforcé par l'absence de solidarité et de soutien de la part de ses oncles. Etant l'aînée de sa fratrie, elle se sent la première responsable de sa famille. Le séisme a, comme nous allons le voir, réveillé chez cette adolescente ce vécu d'abandon, même si elle et sa famille n'ont pas été touché par ce séisme.

### **Le séisme comme révélateur de deuil traumatique**

Face à des évènements traumatiques comme celui de séisme, on a appris à s'attendre à des réactions psychologiques diverses chez les victimes en fonction du profil psychologique de chacun, des antécédents personnels, de l'âge, etc. Ainsi, nous pouvons rencontrer entre autres, des états de stress aigus, des troubles de stress post traumatiques, des dépressions, des somatisations, des addictions, etc.

Mais, comme le cas de ces deux adolescents, nous le permet de le comprendre, un évènement traumatique, même de nature collective comme le séisme, peut venir révéler chez des personnes un deuil traumatique non résolu. Les réactions de Samy et de Mélissa suite au séisme de Bejaia correspondent parfaitement à ce dernier cas de figure.

L'urgence de la demande et de la situation peut amener le clinicien à se focaliser sur l'évènement récent, et à ne pas être attentif aux éléments de la biographie du patient qui expliquerait mieux sa détresse actuelle que ce que l'expérience traumatique récente ne le laisse croire.

En effet, à aucun moment la mère de Samy n'a pressenti que la souffrance de son fils pourrait avoir un lien avec la perte de son père qui remonte à octobre 2018. Elle demande à nous voir car elle se sent dépassée par le comportement de Samy qui se désintéresse de sa scolarité. Elle dit ne pas comprendre pourquoi il ne se concentre pas sur ses leçons, et pourquoi il se plaint que sa mémoire ne retient rien. En plus, Samy est de plus en plus irritable dit-t-elle.

La mère revient sur l'histoire de la perte du père qui était très dure pour tout le monde surtout pour elle et ses deux enfants qui étaient présents lors de décès du père suite à une crise cardiaque dans des circonstances traumatisantes. La mère reconnaît qu'il est toujours difficile pour elle d'accepter cette perte, mais elle considère que ses enfants sont tout pour elle, et que leur réussite honorera la mémoire de son mari. Ainsi, dans son discours, elle évoque l'importance de rappeler à ses enfants que leur père serait fier d'eux. Grâce au soutien de sa famille, et de son courage, la mère se dit qu'elle a tout assuré pour que ses enfants réussissent. Mais, elle exprime sa détresse et elle reconnaît qu'elle est dépassée par la situation de son fils et par le mal-être de sa fille qui a développé une maladie dermatologique grave selon les médecins depuis le décès du père.

L'entretien avec Samy a montré un garçon anxieux. Il se dit stressé à cause de sa scolarité au point où il a du mal à s'endormir. Mais, le plus remarquable symptôme chez lui est qu'il se fait de plus en plus de soucis après le séisme. La santé de son grand-père l'inquiète davantage. Il a remarqué qu'il se sent mal dès qu'il entend des gens parler d'un décès. Sans qu'on évoque le sujet de son père, il précise volontairement que toute cette ambiance le fait penser à son père et à l'époque où il était très malade (selon la mère le père avait une maladie intestinale (colon) chronique). A l'évocation de la mort du père, Samy s'est montré émotionnellement déstabilisé en rapportant « avoir mal au ventre ». Après l'avoir stabilisé par des rondes EFT centrées uniquement sur les sensations physiques sans parler de l'évènement traumatisant en contenant ses émotions et en évitant qu'il soit hyperactivé, nous avons repris l'entretien avec la mère, et nous avons pris le soin d'explorer la piste d'un deuil traumatique dont les critères de diagnostic étaient remplis aussi bien pour Samy que sa mère et sa sœur.

De son côté, Mélissa a aussi expérimenté la mort de son père dans un contexte traumatisant. Après plusieurs semaines passées au lit pour un état de faiblesse de nature indéterminée, le père est décédé subitement le jour où Mélissa a cru qu'il a commencé à se rétablir. Bien que la perte remonte au mois de janvier 2019, Mélissa continue à présenter la plupart des critères de diagnostic d'un deuil traumatique à savoir : pensées intrusives au sujet du défunt, nostalgie pour le défunt, recherche du défunt, solitude vécue comme résultat de la mort, absence de but et sentiment de futilité du futur, difficulté à accepter la mort, sentiment qu'une partie de soi a disparu, sentiment que la vie est vide ou dénuée de sens.

### **Le traitement psychothérapeutique de deuil traumatique**

Schématiquement, nous avons procédé par deux étapes pour aborder et traiter le deuil traumatique chez ces deux adolescents.

Le nombre de séances pour chacun des deux cas est de 7 séances. La durée d'une séance varie entre 1h à 1h20 à chaque fois.

#### **La première étape : l'information sur le deuil traumatique**

Après avoir étudié et clarifié la demande initiale, et poser un diagnostic psychologique si c'est nécessaire, il est extrêmement important que le clinicien dispose d'une fiche simplifiée et bien résumée sur le problème auquel il est confronté afin d'informer son patient dans un premier temps sur la nature de ses troubles. Le travail d'information consiste en quelque sorte à une démarche psychopédagogique à la suite d'un deuil traumatique qui vise les principaux objectifs suivants :

- Permettre au patient et à sa famille de mieux connaître les symptômes de deuil post traumatique ;
- Leur permettre de mieux comprendre à quoi ils servent ;
- Explorer les facteurs personnels associés à la réaction de deuil post traumatique ;
- Mieux comprendre les réactions du patient et de son entourage ;
- Normaliser les réactions de chacun ;
- Préparer le patient à sa démarche thérapeutique.

Ainsi, en nous servant des informations contenues dans la première partie de cet article, nous avons expliqué à Samy et à sa mère, ainsi qu'à Mélissa que beaucoup des symptômes



qu'ils expérimentent sont communs aux personnes qui ont vécu un deuil traumatique. Avoir cette information est rassurant. Cela permettra de diminuer leur tendance à se blâmer pour certains de leurs comportements. Cela permettra d'atténuer la charge de certaines émotions négatives comme la colère chez la mère de Samy, la peur chez Samy, et la tristesse chez Mélissa. Encore plus subtile, est la participation du travail de l'information à dissiper l'ambiance de culpabilisation notamment chez Samy et sa famille. D'autres informations sont d'ordre général et elles s'appliquent à beaucoup de situations traumatiques comme expliquer aux patients que leurs symptômes sont des tentatives naturelles de digestion de l'évènement traumatisant.

Les deux démarches de l'évaluation et de l'information correspondent aux premiers rendez-vous avec le patient qui sont particulièrement importants car ils nous permettent d'obtenir de nombreuses informations pertinentes tout en commençant à construire l'indispensable alliance thérapeutique.

### **La deuxième étape : le traitement du deuil traumatique**

#### **La stabilisation et l'installation des ressources**

Comme une suite logique à la première étape, cette étape consiste à aborder et à traiter le deuil traumatique proprement dit, c'est-à-dire la perte du père à l'origine de la souffrance de Samy et de Mélissa.

On rappelle que l'application du protocole EFT a nécessité pour chacun des deux cas 7 séances, à raison d'une heure à une heure vingt minutes à chaque fois.

Pour ce faire, il est indispensable de s'assurer que le patient puisse rester dans sa fenêtre de tolérance, c'est-à-dire pas très submergé par ses émotions lorsqu'il s'agira de l'abord direct du traumatisme. En effet, avant de commencer à traiter l'évènement traumatique proprement dit, nous avons proposé à Samy et à Mélissa ce qu'on appelle le protocole de l'installation d'un lieu de sécurité. C'est un protocole utilisé en EFT, mais aussi par plusieurs autres thérapies comme l'hypnose, les TCC et l'EMDR. Le but de ce protocole est de créer un lieu sûr, une sorte de bulle de protection, qui permettra au patient, avant, pendant, ou après la séance, de pouvoir se calmer en réactivant une ressource préalablement installée, lorsqu'il sort de sa fenêtre de tolérance et se retrouve submergé par ses émotions.

Après son installation pendant une des séances, Samy et Mélissa ont eu l'occasion de pratiquer leur « lieu de sécurité » chez eux avant de commencer l'exposition au traumatisme, de manière à ce que cette sensation de sécurité fasse partie des bases fondamentales de la thérapie. Il est à noter la réalisation de cet exercice se fait en mode de visualisation.

Voilà quelques éléments concernant le lieu de sécurité de chaque patient :

#### *Samy*

Le lieu : « à la plage, et à côté se trouve une forêt »

Le mot ou la phrase qui caractérisent l'endroit sécurisant : « l'endroit où je me sens bien ».

Les caractéristiques sensorielles : « l'air frais, les oiseaux qui chantent, la sensation du sable brûlant, etc. ».

#### *Mélissa*

Le lieu : « seule dans une plage »

Le mot ou la phrase qui caractérisent l'endroit sécurisant : « un endroit agréable ».

Les caractéristiques sensorielles : « le bruit des vagues, les oiseaux qui chantent, la sensation du sable brûlant, etc. ».

#### **L'exposition au traumatisme**

Elle s'est faite selon les principes de l'EFT. Pour les deux adolescents, nous avons eu recours aux techniques du film et de l'histoire racontée pour les exposer au traumatisme.

La technique du film s'adresse à des personnes, comme Samy et Mélissa, qui sont activées émotionnellement à l'idée de parler de l'évènement traumatisant qui leur est arrivé dans le passé. C'est une technique qui permet d'éloigner temporairement la personne de son trauma et de faire diminuer l'intensité émotionnelle avant d'en parler.

Nous avons demandé à Samy et à Mélissa de penser à l'évènement traumatisant comme si c'était un court film de 3 ou 4 minutes, et de donner un titre neutre à ce film afin d'éviter le dérapage émotionnel. Mélissa a donné le titre suivant à son film sans qu'elle soit perturbée : « la disparition d'un être cher ». Par contre, Samy a commencé par donner un titre très chargé émotionnellement « vava iyirouen (mon père qui est parti), ce qui l'a activé à 7/10 en se sentant « flippé ». Cela nous a conduits à utiliser les rondes EFT pour neutraliser l'émotion montante. Samy a donné un deuxième titre « L'histoire de mon père et de moi » qui était plutôt neutre. Une fois le titre trouvé, nous avons demandé aux deux patients de penser à un moment neutre avant que le pire moment n'arrive, sans rien dire, sans stimulations EFT, et de lancer le film dans leur tête. A chaque crescendo émotionnel, le clinicien procède à une séquence EFT sur l'image fixée sur l'écran, jusqu'à ce que l'intensité de l'émotion descende à zéro. Mélissa a pu passer le film dans son intégralité (dans sa tête) sans aucune intensité émotionnelle. Par contre, Samy a eu une montée d'émotion sur l'image suivante « quand ils ont fait sortir le corps de son père de son cercueil au cimetière », qui a nécessité une séquence EFT pour faire descendre l'intensité de l'image à zéro. Puis, le patient rembobine et reprend au début du film à partir du même moment neutre pour finir la visualisation de l'évènement traumatisant sans d'autres montées émotionnelles.

Pour s'assurer qu'effectivement l'impact de traumatisme a été neutralisé, nous avons complété la technique du film par la technique de l'histoire racontée. Il s'agit de demander à Samy et à Mélissa de donner un récit de l'évènement traumatisant. Les deux ont donné l'intégralité de l'histoire traumatique sans aucune intensité émotionnelle. Au bout de la septième séance donc, les deux adolescents vont beaucoup mieux.

## **8. Conclusion :**

À la fin, on insiste sur la nécessité de former les psychologues et les cliniciens d'une manière générale à la psychotraumatologie dans tous ces aspects : cliniques, théoriques et thérapeutiques, car les personnes en souffrance traumatique doivent trouver des professionnels en mesure de les prendre correctement en charge.

Cela nécessite une formation théorique et clinique solide en psychotraumatologie. Pour bien prendre en charge les personnes traumatisées, le clinicien a besoin de mener dans un premier temps un travail d'évaluation approfondi afin de mettre l'accent sur la source du problème à l'origine de la souffrance. En plus de la nécessité de savoir distinguer entre les types de traumatismes (simples, complexes, etc), le clinicien a besoin dans certains cas de compléter son évaluation par l'intégration d'autres paramètres comme les diagnostics de comorbidité. En dehors de leur expérience clinique, les cliniciens disposent actuellement d'outils d'évaluation de traumatisme qui sont validés.

Une fois le travail d'évaluation réalisé, le clinicien peut passer à l'étape suivante, à savoir un travail d'information dans lequel il reprend ses connaissances concernant le trouble ou les manifestations de souffrance psychique pour les lier au contexte de chaque patient. Ici, le clinicien est appelé à être un bon pédagogue qui grâce à son expérience clinique et son savoir être saura rassurer ses patients, les soulager de certains de leurs symptômes, et les préparer à la thérapie proprement dite.

Le traitement psychothérapeutique actuel de trauma privilégie certaines thérapies qui ont fait preuve de leur efficacité. Nous pouvons citer à titre d'exemple l'EFT et l'EMDR. Des protocoles thérapeutiques ciblés, comme celui qu'on a utilisé pour traiter le deuil traumatique de Samy et de Mélissa, sont de plus en plus proposés dans ce cadre. Enfin, nous saisissons cette occasion pour encourager les cliniciens à se former à ses nouvelles thérapies.

## **Liste des références :**

Americian Psychiatric Association. (2015). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM 5 (5 e éd ; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.

- Augeraud, E. (2019). Indications et contre-indications de l'EMDR. Dans C. Tarquinio (Dir.), *Pratique de la psychothérapie EMDR* (p 45-50). Paris, France : Dunod.
- Bacqué, M-F. (2003). Deuil post-traumatique et catastrophe naturelle. Dans *Etudes sur la mort*, 1(123), 111-130. <https://doi.org/10.3917/eslm.123.0111>
- Cagos, G. (2017). *Découvrir l'EFT*. Paris, France : InterEditions.
- Cagos, G. (2020). *Une vie sans stress grâce à l'EFT*. Paris, France : InterEditions.
- Chahraoui, Kh. (2014). *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*. Paris, France : Dunod
- Chidiac, N. et Crocq, L. (2010). Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. *Annales Médico-Psychologique*, 168 (4), 311-319. Doi : 10.1016/j.am2010.03.013
- Coq, J-M., Romano, H., et Scelles, R. (2011). Processus de deuil dans le groupe familial. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59 (6), 356-361. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2011.02.001>
- Cremniter, D et al. (2007). *Catastrophes. Aspects psychiatriques et psychopathologiques actuels*. EMC. 37-113-D-10.
- Crocq, L. (2007). *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*. Paris, France : Masson.
- Delage, M. (2002). Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques. *Thérapie familiale*, 3 (23), 269-287. <https://doi.org/10.3917/tf.023.0269>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2012). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Montréal, Canada : Institut canadien d'information sur la santé.
- Patricia, R. (2018). *Les troubles liés au stress et aux facteurs de stress*. Paris, France : Masson.
- Pilet, J-L., Guihard, C., Obringer, A. et Brice, D. (2011). *Drames en milieu scolaire*. Paris, France : Elsevier Masson.
- Romano, H. (2015). *Accompagner le deuil en situations traumatiques*. Paris, France : Dunod.
- Rydberg, J-A. (2019). Protocoles et procédure EMDR. Dans C. Tarquinio (Dir.), *Pratique de la psychothérapie EMDR* (p75-83). Paris, France : Dunod.
- Sadlier, K. (2001). *L'état de stress post-traumatique chez l'enfant*. Paris, France : PUF
- Taieb, O. (2003). *Traumatismes psychiques chez l'enfant et l'adolescent*. EMC-37-200-G-60.
- Tarquinio, C., et Tarquinio, (2015). *L'EMDR : Préserver la santé et prendre en charge la maladie*. Paris, France : Masson.