



HAL
open science

Accompagner les familles après un événement traumatique

Sevan Minassian, Michèle Sawaya, Thierry Baubet, Marie Rose Moro

► **To cite this version:**

Sevan Minassian, Michèle Sawaya, Thierry Baubet, Marie Rose Moro. Accompagner les familles après un événement traumatique. *Soins Psychiatrie*, 2022, 43 (338), pp.20-24. 10.1016/j.spsy.2022.01.006 . hal-03946115

HAL Id: hal-03946115

<https://sorbonne-paris-nord.hal.science/hal-03946115v1>

Submitted on 22 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Dothead dossier

Sous-dothead Soins psychiques et trauma

Surtitre cas clinique

**Ensemble face à la violence extrême :
accompagner les familles après un évènement traumatique**

Sevan Minassian^{a,*}

Pédopsychiatre, thérapeute familial

Michèle Sawaya^b

Psychologue clinicienne

Thierry Baubet^{b,c}

Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Marie Rose Moro^a

Professeure de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, chef de service de la Maison de Solenn

^a Maison de Solenn, Maison des adolescents de l'hôpital Cochin, AP-HP, unité Inserm 1178, 97 boulevard de Port-Royal, 75014 Paris, France

^b Université Sorbonne Paris Nord, Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Avicenne, AP-HP, 125, route de Stalingrad, 93000 Bobigny, France

^c Centre national de ressources et de résilience (Cn2r), 103 boulevard de la Liberté, 59000 Lille, France

* *Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : sevan.minassian@aphp.fr (S. Minassian).

Résumé

Après un évènement traumatique, les familles peuvent aussi être impactées à différents niveaux et nécessiter une prise en charge post-immédiate ou sur un plus long terme. L'adaptation de ces prises en soins familiales réalisées à la suite des attentats de 2015-2016, à partir de dispositifs cliniques existants, dans un service de pédopsychiatrie associé à une cellule d'urgence médico-psychologique, est abordé *via* deux exemples cliniques. Ces différentes modalités de suivi, un débriefing familial et une situation de deuil associé à un traumatisme insistent sur la nécessité de considérer la temporalité du suivi, l'utilisation de différents outils théoriques, ainsi que l'importance accordée aux rituels et aux compétences familiales durement entamées par l'évènement traumatique.

© 2021

Mots clés – débriefing familial ; deuil ; prise en charge post-immédiate ; psychodynamique ; systémique ; traumatisme

Summary à traduire

© 2021

Keywords à traduire et mettre les mots clés par ordre alphabétique

Les conséquences d'un évènement traumatique sont habituellement évaluées et prises en charge sous un angle individuel : les investigations cliniques concernent le plus souvent uniquement la personne impactée, sans que le réseau relationnel, notamment les enfants et les membres de la famille qui lui sont liés, ne soient pris en compte, et les données de la recherche manquent pour évaluer l'abord familial [1]. Pourtant, en pratique clinique, nous pouvons aussi être amenés à prendre en charge des familles qui ont été confrontées directement ou indirectement à un même évènement violent. Cela est particulièrement vrai en pédopsychiatrie. Dès la Seconde guerre mondiale, Anna Freud et Dorothy Burlingham [2] ont observé, lors des bombardements de l'aviation allemande à Londres en 1943, que la capacité des parents à supporter la situation avec calme avait un effet positif sur les enfants confrontés à des évènements violents, sans que cela ne préjuge des conséquences psychopathologiques futures sur l'enfant.

TEG1 Dans les suites des attentats de 2015 et 2016 en France, les cellules d'urgence médico-psychologique (Cump) ont été amenées à prendre en charge des personnes touchées de près par ces évènements violents dans les heures ou les jours qui ont suivi [3]. D'autres ont consulté, sans avoir été directement exposées aux attentats, mais en ayant été affectées par leurs conséquences directes ou indirectes. En effet, l'onde de choc de ces évènements a amené les professionnels à recevoir non seulement les victimes directes, mais aussi parfois leurs proches ou encore des personnes touchées de manière collatérale. Il s'agissait de professionnels qui sont intervenus sur place, de personnes qui ont été impactées lors de la traque des terroristes (durant l'assaut d'un bâtiment où certains se trouvaient, ou bien pendant l'enquête) ; mais aussi des victimes d'attentats antérieurs confrontées à une actualité sans filtre, diffusée en boucle par les chaînes d'information en continu, ainsi que des familles endeuillées à la suite des attentats.

TEG1 La pathologisation parfois hâtive de la détresse psychologique (qui, dans le cas d'évènements aussi graves, est avant tout physiologique), portée par un contexte sociétal et médiatique donnant une résonance parfois disproportionnée au terme "traumatisme" et à ses conséquences supposées, a néanmoins permis à certaines personnes impactées d'aller vers les structures de soins plus facilement, formulant parfois une demande moins évidente de prime abord. Nous avons donc été amenés à accueillir, dans les jours et les semaines qui ont suivi ces évènements, des personnes qui, sans passer nécessairement par les chemins balisés de la Cump [4], sont venues consulter dans nos services de pédopsychiatrie, nous confrontant à des situations cliniques très diverses, dont dans certains cas des familles. Partant d'une demande centrée sur l'enfant, ces familles sont venues formuler une incapacité à faire face à une violence externe d'une portée telle qu'elle effracte le système.

TEG1 Grâce à deux familles venues d'horizons très différents – les familles Adil et Lordon¹ – nous avons souhaité aborder les modalités d'adaptation de nos prises en charge familiales à partir des dispositifs cliniques existants, afin de tenir compte de la diversité des répercussions possibles d'un évènement traumatique et de répondre à leur détresse sans pour autant la réifier.

T1 En post-immédiat : le débriefing familial et ses limites

Madame Adil contacte le service de pédopsychiatrie afin de prendre en charge son fils de 7 ans, Jordan, pour lequel elle est très inquiète. Elle a été orientée par les urgences. Son fils ne dort plus, fait des cauchemars. Elle dit qu'il préfère depuis quelques jours dormir avec elle de peur qu'il ne leur arrive quelque chose de grave. Assez rapidement, elle explique que son fils a peur, tout comme elle, qu'un des terroristes – en cavale au moment de la consultation et dont les photos passent en boucle sur les chaînes d'information – ne revienne les tuer. En effet, elle explique que cette personne leur a loué une dépendance près de leur maison quelques jours avant les attentats, par le biais d'une annonce sur internet. Elle ne l'a formellement reconnu que plus tard, lors de son signalement à la télévision, puis a prévenu la police qui est venue enquêter sur les lieux. Toute la famille, nous dit-elle, vit depuis dans la peur du retour de cet homme et de ses complices. L'entretien par téléphone [5] nous permet de préparer la consultation en amont. En discutant des modalités de la demande et du contexte avec la mère, nous réalisons une fiche téléphonique et décidons, en accord avec les parents, d'accueillir toute la famille.

TEG1 Le binôme de soignants qui les reçoit (infirmier et psychiatre) a pour première fonction d'évaluer le niveau de détresse psychologique et les symptômes que présente chacun d'entre eux. Jordan, le patient désigné, est celui qui amène la famille à consulter. Nous demandons donc en premier lieu à la mère de détailler ses inquiétudes le concernant. Les symptômes de Jordan (insomnie, anxiété de séparation, cauchemars) sont apparus suite à la découverte de l'identité du fugitif. Ceux-ci ont une fonction : exprimer la peur d'une menace qui ne se dit pas suffisamment au sein de la famille. En effet, au cours de l'entretien, nous nous apercevons que le père est dans l'évitement. Il a honte et culpabilise, craignant qu'on ne le soupçonne d'être complice des tueurs. La mère, quant à elle, explique être en alerte en permanence, guettant un retour du terroriste susceptible de se venger d'eux. Assez vite, aidés par le grand frère de 13 ans puis par le père, nous parvenons à circulariser la parole et à la contenir, pour ne pas prêter le flanc aux scénarios tragiques qui terrorisent la mère et Jordan, tout en exprimant le vécu en commun du contexte de menace permanente qui pèse depuis plus d'une semaine sur leur quotidien.

TEG1 Cette élaboration à plusieurs permet non seulement que le vécu de chacun se réponde, mais aussi de prendre en compte les croyances familiales (l'idée d'un monde dangereux dont il faudrait se protéger), qui peut parfois préexister aux événements en question. En se centrant sur le contenu émotionnel, nous réalisons un travail de mentalisation et rendons ces émotions partageables. Avec la mère puis le père, nous expérimentons différentes façons de répondre aux questions des enfants et de les rassurer. Nous demandons par exemple à la mère quelles questions elle aurait pu poser à sa propre mère dans une telle situation. Le défaut de mentalisation, lié à une intensité émotionnelle trop élevée de la part de la mère, lui a rendu incompréhensible la réponse émotionnelle de son fils, qui décrypte la peur sur le visage de cette dernière et se trouve insécurisé. La mère ne peut alors pas répondre aux besoins de l'enfant et se trouve débordée par sa réaction symptomatique. Le père, quant à lui, essaie de "changer" son fils, s'impatiente et s'énerve, ce qui amène à une escalade relationnelle et met en crise la famille. Notre fonction première est donc de leur permettre de reconnaître ces états psychiques différents, qui déterminent leurs propres comportements, et d'amener à une "conscience réflexive" [6]. Ce travail de crise est rendu possible par la base de sécurité établie grâce au cadre thérapeutique à partir duquel la famille, déstabilisée, pourra remobiliser ses propres ressources et remettre du lien.

TEG1 Au cours de cette première rencontre, puis d'un autre entretien familial une semaine plus tard, nous avons donc, à leur demande, réalisé une forme de débriefing familial [7], qui a eu pour effet de remobiliser le père et de rassurer Jordan dont les symptômes se sont améliorés par la suite. Ce débriefing a aussi, dans un second temps, permis à la mère d'avoir son propre suivi psychiatrique, distinct, celle-ci continuant d'avoir des symptômes anxieux, envahie par la crainte irraisonnée d'une menace tant que le terroriste ne serait pas arrêté. Il n'a pas été nécessaire de poursuivre au-delà de ces deux entretiens. Une première mise en commun et co-élaboration des émotions, grâce à cette base de sécurité d'appoint, a permis à la famille de reprendre une certaine maîtrise de son quotidien et de se remobiliser.

T1 Le deuil suite à une mort traumatique : la traversée de la perte

Le cadre thérapeutique doit se construire autour de la famille. Il est encore plus nécessaire de le penser avec elle lorsque celle-ci se trouve amputée d'un de ses membres, puisque la configuration familiale se voit perturbée dès l'entame du suivi. Nous avons choisi de présenter une prise en charge familiale, celle de la famille Lordon, qui a débuté quelques jours après les attentats du 13 novembre 2015 au Bataclan, dans la phase post-immédiate, puis a évolué vers un travail de deuil de plus en plus différencié, au fur et à mesure de la mobilisation des ressources familiales.

La famille Lordon consulte à l'initiative de la mère, quatre jours après le 13 novembre. À l'issue d'une journée passée à chercher une preuve de vie du père de ses enfants, elle a eu confirmation de son décès au Bataclan et a annoncé dans la soirée la tragique nouvelle, aidée par leur beau-père, à sa fille aînée Laura (15 ans) et à son fils Marco (13 ans). Les enfants étaient en garde partagée et leur père avait emménagé avec sa nouvelle compagne, qui l'accompagnait au concert ce soir-là. Elle se trouve à l'hôpital, blessée.

TEG1 Nous les recevons en binôme (psychologue et psychiatre), dans un premier temps en famille avec le beau-père. Lors de cette première consultation, nous nous présentons, les accueillons et nous efforçons de contenir la parole tout en la faisant circuler librement. La mère, fébrile et protectrice, se fait la porte-parole de la famille. Outre un rôle d'information et d'aide administrative (orientation auprès des associations d'aide aux victimes, certificats médicaux si nécessaire, recours possibles pour les démarches à venir), le but de ce premier entretien est d'évaluer la pertinence d'un suivi. En effet, le processus de deuil n'a pas vocation à être pathologisé et encadré par des "psy", même lorsqu'il fait suite à une mort traumatique. Il doit être replacé dans le champ du lien social et de rites culturels partagés. Dans le cas des Lordon, en seconde partie de consultation, ma collègue s'entretient seule avec Marco, alors que pour ma part je rencontre Laura séparément. Cela nous permet de recueillir leur vécu différencié de ces dernières journées. Les adolescents disent avoir deviné que leur père était au concert, ayant vu quelques jours plus tôt les billets d'entrée sur la table de son salon. La mère, quant à elle, a voulu les protéger en ne leur disant pas tout de suite que leur père faisait partie des victimes. Marco a ressenti ce jour-là un sentiment de solitude, d'incompréhension et l'impression d'être déphasé, n'ayant pas été autorisé à prendre sa part du malheur. Laura, de son côté, craint que leur vie ne change de manière irréversible et que la famille ne soit transfigurée par cette mort inattendue, brutale et violente [8].

TEG1 Lors des rencontres suivantes, ces consultations individuelles seront systématisées et réalisées au préalable du temps familial, afin de recueillir le vécu différencié des enfants et de leur ménager un espace de parole dédié. Marco a des symptômes somatiques les semaines qui

suivent la mort de son père, prend 15 centimètres en un mois et a des difficultés scolaires. Laura, quant à elle, ressent de l'hostilité vis-à-vis des autres « *qui ne peuvent pas comprendre* »², se sent différente et peut refuser le lien social ou se montrer irritable. Lors de ces temps individuels, elle va reprendre sa place de grande sœur, se faire la porte-parole de son frère, se montrer inquiète et protectrice envers lui, sans savoir toujours comment le lui montrer ; nous avons soutenu la reprise de certaines de ses inquiétudes pour Marco lors des temps en famille. La mère demande, elle, qu'on l'aide à anticiper les réactions de ses enfants. Elle se sent impuissante. Parfois malmenée par Marco, elle reste dans sa chambre tous les soirs et guette ses insomnies. Elle nous demande enfin comment aborder les différents rituels collectifs et familiaux de ce deuil très particulier avec eux (recueillement devant le Bataclan, commémoration aux Invalides et funérailles en famille). Ces rituels vont être négociés selon une temporalité qui leur sera propre et qui évoluera au cours du temps. Ils iront quelques jours après la foule voir les messages et les fleurs devant le Bataclan. Ils décideront par la suite d'aller aux Invalides pour la commémoration officielle, disant ensuite qu'il a été « *important que les gens soient tristes pour [eux]* ». Enfin, les funérailles ont lieu en leur présence, avec la famille élargie, qui s'est révélée présente et enveloppante.

TEG1 Le travail de deuil est une intériorisation de la perte : il nécessite de mettre en lien les émotions suscitées par cette perte soudaine – pour Marco, la culpabilité et le regret – avec les représentations qui les envahissent sans pouvoir être formulées. À la demande de ce dernier, au bout de cinq semaines de prise en charge hebdomadaire, nous organisons une séance familiale à laquelle est conviée Nathalie, la femme de son père (sortie entre temps d'hospitalisation). Après avoir préparé l'entretien avec chacun des enfants, nous portons leur parole en posant les questions qu'ils nous ont confiées sur les derniers moments de leur père : a-t-il souffert ? S'est-il rendu compte qu'il allait mourir ? À quel moment a-t-il été tué ? Nathalie, avec courage, répond aux questions des enfants avec précision, les rassure sur certains points. Dans ce lieu « *où [ils peuvent] être plus calmes et s'asseoir* », ils arrivent à rendre compte de l'innommable, et à réaliser des liaisons entre le temps d'avant et l'absence au présent. Le deuil est une expérience qui s'appuie sur l'évocation du passé et la réorganisation de la famille et du collectif autour de rituels. Elle nécessite non seulement une quête de sens de la situation portée par le groupe, mais aussi de faire le deuil de ce sens [9] pour dépasser le traumatisme du deuil.

Face à la remémoration de cette violence externe qui a fait effraction dans leur vie et est réactualisée par les actes terroristes qui suivent celui du Bataclan, nous cherchons à rendre les différents niveaux émotionnels de chacun compréhensibles et partageables dans un « *espace où [ils peuvent] sortir du tourbillon* », afin de consolider leurs liens, leur permettre de vivre ces événements adverses ensemble, alors qu'au début, l'isolement de chacun prévalait. De plus en plus, nous nous appuyons sur les compétences de la famille. D'autres rituels vont alors émerger, qui ne sont plus en lien avec la mort mais avec la perpétuation de la vie avec leur père, en son absence. Les enfants demandent à leur mère de les emmener dans la vallée de Chevreuse, comme ils en avaient l'habitude avec lui. Laura, elle, souhaite reprendre la guitare de son père et apprendre à en jouer. Des décisions sont prises : le déménagement à Paris (alors qu'ils habitaient en banlieue), afin que Marco ne passe plus devant l'appartement de son père en allant à l'école et ne s'inflige certains souvenirs.

Ce qui aide notamment Marco est le passage de l'idéalisation du passé à l'identification à l'objet de la perte [10], puisqu'il opère une modification de la représentation de soi. Il explique être comme son père quelqu'un qui s'énerve vite et a beaucoup d'humour, comme si sa manière

abrupte de s'affirmer et de se confronter aux autres avaient un lien avec cette relation intériorisée entre Soi et son père.

TEG1 La fin de la prise en charge, cinq mois plus tard, coïncide avec l'anniversaire du père. Ils ont regardé ce jour-là le match de foot de l'équipe que leur père supportait, ensemble. L'équipe a perdu. Par la suite, Marco nous dit « *que ça lui fait du bien de venir mais que ça le saoule au début* », puis estime qu'il est possible de s'arrêter. Il souhaite se détacher de notre espace thérapeutique, très imprégné par le deuil. Cela lui permet de le différencier avec son suivi ambulatoire qui commence, puisque Marco continue par la suite un suivi psychiatrique individuel. Laura, de son côté, reprendra quelques rendez-vous à distance avec le psychiatre qui l'a vu individuellement lors de ce suivi familial un peu particulier, à différents moments qui feront sens pour elle [11].

T1 Conclusion

Lors de l'accompagnement de ces familles impactées par les attentats, nous avons tenté de ménager une place à chacun, ainsi qu'à l'absent lorsqu'il avait lieu d'être. Adressée par la fonction du symptôme, la détresse des familles a pu devenir partageable par ses membres puis, progressivement, se différencier pour chacun d'entre eux. Nos cadres thérapeutiques se sont adaptées à la temporalité des suivis, alors que les dynamiques familiales à l'œuvre nous ont amenés à nous détacher de nos présupposés cliniques et à faire dialoguer différentes références théoriques.

Nous avons notamment constaté qu'il est important que, bien que l'amorce du suivi réponde à un événement traumatique, celui-ci ne la dicte pas : la famille doit être prête à entamer un tel suivi pour pouvoir le supporter. La qualité de notre accueil et l'attention accordée à l'évaluation de la famille en crise est donc un préalable nécessaire à un suivi pérenne. Nous avons établi, pour finir, qu'il est primordial à un certain moment que le suivi nous échappe, afin que les liens familiaux puissent se suffire à eux-mêmes face à l'adversité ; pour peu que la famille retrouve un fonctionnement ouvert, réflexif et bienveillant. Pour cela, nous devons ranimer les compétences familiales durement entamées sous le feu de cette violence extrême. Pourtant, dans certains cas, notamment lorsque les familles se trouvent empêtrées dans le déni, l'injonction à oublier ou à se taire, un accompagnement plus long est nécessaire pour ne pas les laisser désarmées face à l'empêchement et au secret.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Notes

¹ Les noms et certains des éléments biographiques ont été modifiés par souci de confidentialité.

² Les propos rapportés entre guillemets sont ceux de Laura et Marco.

Références

- [1] Suomi A, Evans L, Rodgers B, et al. Couple and family therapies for posttraumatic stress disorder (PTSD). Cochrane database of systematic reviews 2019;12(12):CD011257. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011257.pub2/full>.
- [2] Freud A, Burlingham DT. War and children. New York: Medical War Books; 1943.
- [3] Pirard P, Baubet T, Motreff Y, et al. Use of mental health supports by civilians exposed to the November 2015 terrorist attacks in Paris. BMC Health Serv Res 2020;20(1):959.
- [4] Viel F. Prise en charge immédiate et postimmédiate des blessés psychiques : le modèle français des CUMP. Soins Psy 2022;43:12-5.
- [5] Gaillard J-P, Rey Y. Deuil et thérapie familiale : quels objets flottants ? Thérapie Familiale 2001; 22(3):251-68.
- [6] Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: their role in self-organization. Dev Psychopathol 1997;9(4):679-700.
- [7] Delage M. Réflexions préliminaires à une intervention thérapeutique auprès des familles confrontées au traumatisme psychique. Thérapie Familiale 2003;24(4):417-33.
- [8] Bacqué MF. Deuils et traumatismes. Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique 2006;164(4):357-63.
- [9] Métraux JC. L'élaboration des deuils collectifs. L'Autre 2010;11(2):168-76.
- [10] Kernberg OF. Quelques observations sur le processus de deuil. L'Année psychanalytique internationale. 2011;2011(1):153-75.
- [11] Goldbeter-Merinfeld E. Temps individuel et temps familial. Enfances Psy 2001;13(1):108-15.

Illus_Minassian

© C. Moreau/Elsevier Masson SAS

