Psychotraumatisme et psychopathologie de la modernité (suite)

Professeur Cyril Tarquinio

Directeur-adjoint UMR 1319 INSPIIRE - Université de Lorraine, Inserm

Directeur Centre Pierre Janet - https://centrepierrejanet.univ-lorraine.fr/

Editor-in-Chief of the European Journal of Trauma and Dissociation (Elsevier) -

Associate-Editor aux Annales Médico-Psychologiques

Responsable de la Licence 1 de psychologie de l'Université de Lorraine (site de Metz)

QU'EST CE QUE LE TRAUMA ?

Traumatisme de type I ou traumatisme simple

Traumatisme de type II

Traumatisme de type III

Traumatisme de type I ou traumatisme simple

– Trauma de type 1 : l'événement aigu, unique, brutal
Ce type renvoie à une exposition brève, inattendue, circonscrite, avec une rupture massive du sentiment de sécurité.
On retrouve classiquement : attentat, accident, agression ponctuelle, catastrophe naturelle immédiate.
– Sur le plan clinique, Terr décrit des souvenirs surreprésentés, vifs, sensoriels, intrusifs.
– La dissociation est possible, mais souvent phasiquement liée à l'événement.
– Le récit est généralement cohérent : le patient sait « ce qui s'est passé ».
– Les mécanismes psychopathologiques centraux sont l'hypermnésie traumatique, l'hypervigilance, la peur conditionnée.

Ce sont les tableaux typiques de TSPT simple.

Traumatisme de type II

Ici, on bascule dans des expositions répétées, prolongées, cumulatives, avec perte de contrôle : violences domestiques, harcèlement soutenu, maltraitances, captivité, violences institutionnelles.

Sur le plan clinique :
– on voit apparaître une dissociation structurelle plus marquée,
– une altération durable de la régulation émotionnelle,
– des stratégies d'adaptation plus complexes (soumission, figement prolongé, clivage).
– Le traumatisme n'est plus un point dans le temps mais un milieu, parfois internalisé.
– On se rapproche des tableaux de TSPT complexe.

Ce type 2 correspond au noyau du traumatisme relationnel durable.

QU'EST CE QUE LE TRAUMA ?

Traumatisme de type III

C'est le cumul polyvictimisation + développement + environnement

Cette catégorie est plus récente, utilisée dans la littérature sur le trauma développemental, l'ACE study, et la théorie de la dissociation structurelle. Le type 3 n'est pas seulement une répétition : c'est un système de traumas, souvent précoces, intrafamiliaux, relationnels, et associés à des carences majeures.

– traumatisations multiples avant 6–7 ans,
– attachements désorganisés,
– négligences sévères,
– exposition chronique à la violence,
– discordance affective permanente.

Cliniquement :

– La personnalité se construit dans un climat traumatisant,
– Les mécanismes dissociatifs deviennent organisationnels,
– On voit des parties émotionnelles très fragmentées,
– L'identité, la régulation des affects, la perception du monde sont durablement modifiées.

Ce type 3 correspond au trauma développemental / complexe profond, et constitue le terreau des troubles dissociatifs sévères, dont le TDI.

1. Différences entre TSPT et trauma complexe

– 1. Dysrégulation émotionnelle sévère et chronique

Dans le C-PTSD, la régulation émotionnelle n'est pas seulement débordée ponctuellement : elle est structurellement atteinte.
On retrouve :

- hyperactivation persistante,

- effondrement affectif typique (shut-down, "numbing"),

- accès de colère incontrôlable ou internalisée,

- incapacité à revenir spontanément dans la fenêtre de tolérance.

Dans le TSPT simple, l'émotionnel est perturbé par l'événement ; dans le C-PTSD, il est perturbé dans l'organisation même du sujet.

Le “numbing” : anesthésie émotionnelle

Le “numbing” désigne une anesthésie des affects. C’est un état où la personne :

- ne ressent plus grand-chose,
- se sent coupée de ses émotions (positives comme négatives),
- vit une impression de “gris”, d’absence, de vide,
- perd l’accès à la joie, à l’enthousiasme, à la tristesse même,
- fonctionne en mode automatique.

D’un point de vue psychopathologique, c’est un mécanisme dissociatif de protection : pour ne plus souffrir, le système coupe la connexion aux émotions.
Dans le TSPT simple, il est ponctuel.
Dans le trauma complexe, il devient endémique, quasi structurel.

Le “shut-down” : effondrement neurophysiologique

Le “shut-down” est un registre plus profond.
Il correspond à :

- une déconnexion massivement protectrice,
- un ralentissement extrême du système nerveux,
- un état proche de l’immobilisation vagale (théorie polyvagale),
- une impossibilité d’agir, de parler, de sentir,
- un sentiment d’effondrement interne (“je descends au fond”).

C’est l’équivalent clinique du figement parasympathique.
On est au-delà de l’anesthésie : c’est un switch dans un état d’omission, de repli, de survie le trauma complexe, cet état se déclenche face à :

- la surcharge émotionnelle,
- la menace relationnelle,
- les conflits d’attachement,
- les réactivations traumatiques subtiles.

– 2. Altérations négatives de soi : sentiment d'échec, de honte, de nullité

C'est le marqueur le plus discriminant.
Le C-PTSD implique un effondrement de l'image de soi, avec :

- honte chronique,

- culpabilité intériorisée,

- conviction d'être "défectueux", "indigne", "cassé",

- effritement du sentiment d'efficacité personnelle.

Dans le TSPT, l'estime de soi peut être affectée, mais elle n'est pas pulvérisée de manière systémique.

– 3. Perturbations relationnelles majeures

Le C-PTSD désorganise le rapport à l'autre :

- méfiance permanente OU dépendance intense,
- incapacité à créer des liens stables,
- recherche de fusion ou retrait massif,
- relations marquées par peur, confusion, ambivalence.

Le TSPT simple laisse souvent intactes les compétences relationnelles globales.

Dans le C-PTSD, le système d'attachement entier est dérégulé.

– 4. Traumatismes prolongés, répétés, relationnels (critère étiologique)

Le C-PTSD se construit presque toujours dans :

- les violences répétées,
- les abus durables,
- l'intimidation coercitive,
- l'impossibilité d'échapper à la menace,
- des environnements contrôlants où autrui est l'agresseur.

Le TSPT : événement unique ou circonscrit.
Le C-PTSD : environnement traumatique (dans le passé ou le présent).

– 5. Phénoménologie dissociative plus large et plus profonde

Le C-PTSD implique :

une dissociation plus fréquente,

plus durable,

plus identitaire (dépersonnalisation, déréalisation, clivage),

parfois des parties de soi plus distinctes (TDSP : EP/ANP).

TSPT simple : dissociation surtout péricritique, épisodique.

– 6. Architecture temporelle différente : une construction, pas un accident

Le TSPT est un trouble post-événement.

Le C-PTSD est un trouble développemental, inscrit dans une trajectoire de vie traumatique, souvent relationnelle

2. Les signes faibles dans la relation avec les DE

– 1. Signes faibles dans la posture, la présence, le corps

Ce sont des indices subtils, rarement verbalisés.

- Hyper-contrôle corporel : rigidité, dos droit, absence de gestes spontanés.
- Micro-décrochages attentionnels : regard qui “flotte”, silences brusques, petites absences.
- Hypo-arousal : voix basse, monotone, peu d’intonation, lenteur à répondre.
- Hyper-arousal masqué : agitation du pied, mains crispées, respiration haute mais discours maîtrisé.
- Shut-down transitoire en entretien : immobilité soudaine, perte temporaire du fil.
- Évitement des espaces clos (bureau, portes fermées).
- Difficulté à soutenir le regard sans raison apparente.

Ces marqueurs sont discrets mais très fréquents chez les personnes avec trauma complexe, surtout quand l’environnement institutionnel est vécu comme évaluatif ou menaçant.

– 2. Signes faibles dans le discours, même non traumatique

- Les mots sont souvent neutres, mais la forme trahit la souffrance.
- Pensée très concrète, difficulté à élaborer ou à se projeter.
- Récits fragmentés avec des trous, des redondances, des vagues incohérences.
- Auto-disqualification immédiate : “je suis nul”, “j’y arriverai jamais”, “j’ai toujours été comme ça”.
- Incapacité à raconter une trajectoire professionnelle de manière linéaire.
- Évitement massif des questions relationnelles (collègues, hiérarchie).
- Discours figé sur une seule voie (“je n’ai pas d’autre choix”), signe d’effondrement des fonctions exécutives.
- Humour déplacé ou détaché comme stratégie d’esquive.

Ce ne sont pas des signes psychiatriques : ce sont des produits d’un système d’alerte interne saturé.

– 3. Signes faibles dans la relation avec le psychologue

- Défiance polie : répond mais ne s'implique pas, tonalité prudente, contrôle des émotions.
- Dépendance relationnelle rapide : forte demande d'aide, besoin de réassurance immédiate, peur de décevoir.
- Ambivalence : désir d'avancer + retrait soudain.
- Sur-adaptation : la personne veut "faire plaisir", dit ce qu'elle pense qu'on attend.
- Mini-réactivations lors de mots clés : "contrôle", "obligation", "sanction", "convocation".
- Peurs institutionnelles disproportionnées : peur d'être radié, jugé, humilié.

Ces comportements sont des réponses d'attachement traumatique, pas de la mauvaise volonté.

– 4. Signes faibles professionnels

- Les difficultés sont souvent lues comme un manque de motivation… alors qu'il s'agit de symptômes.
- Désorganisation légère mais chronique : oublis, retards, incapacité à finaliser un dossier.
- Baisse marquée de l'endurance mentale.
- Prudence excessive dans les interactions professionnelles.
- Évitement des environnements hiérarchiques.
- Difficulté à tolérer la pression ou l'incertitude.
- Troubles attentionnels fluctuants : certains jours "carrés", d'autres totalement dispersés.
- Projets professionnels sans colonne vertébrale, comme si le sujet ne disposait pas d'un socle interne stable.

Le trauma complexe érode les fonctions exécutives, fragilise la prise de décision et perturbe l'auto-efficacité.

– 5. Signes faibles émotionnels

À France Travail, ils sont souvent peu visibles car soigneusement contenus.

- Honte diffuse dans tout l'entretien.
- Hyper-responsabilisation : la personne se juge pour tout.
- Colère rentrée mais jamais adressée.
- Anxiété anticipatoire avant les rendez-vous.
- Fatigue "qui ne passe pas", non expliquée par les conditions de vie.
- Difficulté à parler d'elle au "je", signe d'un self fragmenté.

– 6. Signes faibles contextuels

Ces éléments ne suffisent pas pour conclure, mais doivent faire penser à des traumatismes cumulés.

- Parcours professionnel haché, ruptures multiples.
- Violences conjugales passées ou présentes mentionnées discrètement.
- Isolement social, absence d'entourage fiable.
- Multiples déménagements, hébergement précaire.
- Histoire familiale complexe, secrets, ruptures.
- Situations administratives anxiogènes : dettes, contentieux, procédures.

3. Psychotraumatisme et précarité

Pourquoi parler de trauma dans la précarité ?

Pourquoi parler de trauma dans la précarité ?

– La précarité n'est pas seulement un contexte social : c'est un environnement à haute charge stressante, multiplié par l'instabilité des repères, l'insécurité matérielle et les ruptures successives.
– Les études montrent un recouvrement massif entre précarité, violences, expositions traumatiques et troubles de la régulation émotionnelle.
– Les trajectoires de précarité ne sont pas dues à un "manque de volonté", mais à des trajectoires traumatiques cumulées qui altèrent les fonctions exécutives, la capacité d'organisation et la projection.

Liens structurels entre trauma et précarité

Liens structurels entre trauma et précarité

Les violences (familiales, conjugales, institutionnelles) augmentent de x2 à x5 le risque de désinsertion.

Le trauma altère :

– la motivation (système dopaminergique),
– les fonctions exécutives (flexibilité cognitive, planification),
– la capacité à gérer l'incertitude,
– la confiance en soi et en autrui.

La précarité, en retour, réactive ou maintient l'état traumatique : instabilité, imprévisibilité, dépendances administratives, absence de contrôle → boucle traumatique.

Le trauma comme facteur de bascule dans la précarité

Le trauma comme facteur de bascule dans la précarité

Le trauma altère profondément les fonctions nécessaires à la stabilité socio-professionnelle :

– attention
– mémoire de travail
– flexibilité cognitive
– planification
– tolérance au stress
– prise de décision

Une personne traumatisée peut vouloir s'en sortir mais ne pas avoir accès aux fonctions exécutives qui permettent effectivement de le faire.

→ Le trauma est un facteur causal de désinsertion.

La précarité comme facteur de re-traumatisation

La précarité comme facteur de re-traumatisation

Les démarches administratives, les convocations, les sanctions, les évaluations, l'instabilité sociale ou affective agissent comme des micro-agressions temporelles.
– "Si vous ne venez pas, vous serez radié."
– "Il faut vous projeter."
– "Vous devez prouver votre motivation."

Ces situations réactivent :
– la honte,
– l'impuissance,
– l'hypervigilance.
→ La précarité n'est pas seulement un contexte de stress ajouté : elle devient un réceptacle amplificateur du trauma.

Trauma, précarité et attachement

Trauma, précarité et attachement

La plupart des personnes en précarité ont vécu une désorganisation de l'attachement : carences, violences, instabilité parentale.

À l'âge adulte, cela donne :
– défiance envers les institutions,
– difficulté à demander de l'aide,
– alternance dépendance / retrait,
– hypersensibilité à l'humiliation.

→ La précarité n'est pas un dysfonctionnement individuel, mais une continuité relationnelle traumatique.

La honte comme mécanisme central dans le lien trauma–précarité

La honte comme mécanisme central dans le lien trauma–précarité

La honte toxique est le ciment du trauma complexe : “je suis nul, défaillant, incompétent”.

Elle est également le ciment de la précarité : “je ne mérite pas mieux”, “les autres y arrivent”.
Lorsque les deux se rencontrent, la honte :
– inhibe les démarches,
– empêche la demande d’aide,
– fragilise l’estime de soi,
– polarise l’attention sur les erreurs,
– fige la personne dans des identités négatives.
→ La honte est un effet traumatique mais aussi un accélérateur de précarisation.

Le couple trauma–précarité produit des trajectoires en spirale

Le couple trauma–précarité produit des trajectoires en spirale

Les violences, les pertes, les ruptures, les échecs répétés créent une spirale descendante :

exposition traumatique → altération du self → isolement

isolement → perte de ressources → précarité

précarité → stress toxique → re-traumatisation

re-traumatisation → aggravation du fonctionnement exécutif → incapacité à se projeter

→ La spirale devient un modèle dynamique, pas une succession de faits.

Trauma, précarité et identité narrative

Trauma, précarité et identité narrative

Le trauma brise le récit de soi.
La précarité l'empêche de se reconstruire.
→ Le sujet perd la capacité à se raconter autrement que par la survie : "il faut que je tienne".
La construction d'un projet devient quasiment impossible.
Sans projet, impossible d'entrer dans l'emploi.

→ La réparation n'est pas seulement sociale ; elle doit être narrative et identitaire.

La valeur de soi comme variable pivot

La valeur de soi comme variable pivot

Trauma complexe → sentiment d'être défaillant.

Précarité → injonction implicite à "devenir performant".

Le résultat est explosif :

– auto-dévalorisation profonde,

– difficulté à se sentir légitime,

– vécu d'imposture,

– peur d'être disqualifié.

→ La valeur de soi doit être restaurée avant toute insertion.

Trauma et bureaucratie : le risque de violence invisible

Trauma et bureaucratie : le risque de violence invisible

Les systèmes institutionnels ne sont pas neutres :
– accumulation de preuves,
– justificatifs,
– écheances rigides,
– évaluation de la motivation.

Pour une personne traumatisée, cela devient :
– humiliant,
– désorganisant,
– dangereux.

→ Les institutions peuvent sans le vouloir reproduire les logiques traumatiques de domination, de contrôle, d'impuissance.

Une vision intégrative : trauma + précarité = atteinte de l'écologie personnelle

Une vision intégrative : trauma + précarité = atteinte de l'écologie personnelle

Le trauma est un choc interne.
La précarité est une instabilité externe.

Les deux ensemble créent une atteinte de l'écosystème complet :

– corps
– émotions
– cognition
– relations
– identité
– temporalité

→ C'est une fragmentation globale du système de vie qui doit être pensée, accompagnée et réparée.

4. Grille d’analyse psychopathologique.

- Humeur dépressive persistante, tristesse intense ou au contraire indifférence affective

- Anhédonie (perte d'intérêt pour les activités, discours du type « plus rien n'a de sens »)

- Ralentissement psychomoteur (voix monocorde, lenteur de réponse, gestes figés)

- Fatigue marquée, perte d'appétit, troubles du sommeil

- Discours de culpabilité, de honte, voire d'idées suicidaires explicites ou voilées

Dépression

- Humeur dépressive persistante, tristesse intense ou au contraire indifférence affective

- Anhédonie (perte d'intérêt pour les activités, discours du type « plus rien n'a de sens »)

- Ralentissement psychomoteur (voix monocorde, lenteur de réponse, gestes figés)

- Fatigue marquée, perte d'appétit, troubles du sommeil

- Discours de culpabilité, de honte, voire d'idées suicidaires explicites ou voilées

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

Dépression

- Humeur dépressive persistante, tristesse intense ou au contraire indifférence affective

- Anhédonie (perte d'intérêt pour les activités, discours du type « plus rien n'a de sens »)

- Ralentissement psychomoteur (voix monocorde, lenteur de réponse, gestes figés)

- Fatigue marquée, perte d'appétit, troubles du sommeil

- Discours de culpabilité, de honte, voire d'idées suicidaires explicites ou voilées

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

Dépression

Indices observables en entretien (signaux faibles et forts)

- Humeur dépressive persistante, tristesse intense ou au contraire indifférence affective
- Anhédonie (perte d'intérêt pour les activités, discours du type « plus rien n'a de sens »)
- Ralentissement psychomoteur (voix monocorde, lenteur de réponse, gestes figés)
- Fatigue marquée, perte d'appétit, troubles du sommeil
- Discours de culpabilité, de honte, voire d'idées suicidaires explicites ou voilées

- Décrochage fréquent des dispositifs (formation, emploi)
- Manque d’énergie pour initier ou maintenir une démarche
- Repli social, isolement accru
- Risque suicidaire élevé dans les situations de précarité cumulative

Dépression

- Décrochage fréquent des dispositifs (formation, emploi)
- Manque d’énergie pour initier ou maintenir une démarche
- Repli social, isolement accru
- Risque suicidaire élevé dans les situations de précarité cumulative

Grille d’analyse affinée des conduites des usagers

Dépression

- Décrochage fréquent des dispositifs (formation, emploi)
- Manque d’énergie pour initier ou maintenir une démarche
- Repli social, isolement accru
- Risque suicidaire élevé dans les situations de précarité cumulative

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

Dépression

Conséquences possibles sur l'accompagnement socio-professionnel

- Décrochage fréquent des dispositifs (formation, emploi)
- Manque d'énergie pour initier ou maintenir une démarche
- Repli social, isolement accru
- Risque suicidaire élevé dans les situations de précarité cumulative

- Toujours explorer le risque suicidaire avec tact
- Ne pas interpréter la passivité comme de la « mauvaise volonté »
- Soutenir par des objectifs fractionnés et des encouragements
- Orienter rapidement vers un relais médical/psychologique si risque

Dépression

- Toujours explorer le risque suicidaire avec tact
- Ne pas interpréter la passivité comme de la « mauvaise volonté »
- Soutenir par des objectifs fractionnés et des encouragements
- Orienter rapidement vers un relais médical/psychologique si risque

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

Dépression

- Toujours explorer le risque suicidaire avec tact
- Ne pas interpréter la passivité comme de la « mauvaise volonté »
- Soutenir par des objectifs fractionnés et des encouragements
- Orienter rapidement vers un relais médical/psychologique si risque

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

Dépression

Points de vigilance / posture professionnelle

- Toujours explorer le risque suicidaire avec tact
- Ne pas interpréter la passivité comme de la « mauvaise volonté »
- Soutenir par des objectifs fractionnés et des encouragements
- Orienter rapidement vers un relais médical/psychologique si risque

- Hypervigilance (posture tendue, sursauts exagérés)

- Crises de panique (palpitations, respiration difficile, sentiment de catastrophe imminente)

- Discours centré sur la peur du jugement, anticipation anxieuse (« je vais encore échouer »)

- Conduites d'évitement : refus de certains lieux (transports, lieux publics, groupes)

- Symptômes somatiques (sueurs, tremblements, douleurs thoraciques, troubles du sommeil)

Anxiété / T.Anxieux

- Hypervigilance (posture tendue, sursauts exagérés)

- Crises de panique (palpitations, respiration difficile, sentiment de catastrophe imminente)

- Discours centré sur la peur du jugement, anticipation anxieuse (« je vais encore échouer »)

- Conduites d'évitement : refus de certains lieux (transports, lieux publics, groupes)

- Symptômes somatiques (sueurs, tremblements, douleurs thoraciques, troubles du sommeil)

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

A n x i é t é / T.Anxieux

- Hypervigilance (posture tendue, sursauts exagérés)

- Crises de panique (palpitations, respiration difficile, sentiment de catastrophe imminente)

- Discours centré sur la peur du jugement, anticipation anxieuse (« je vais encore échouer »)

- Conduites d'évitement : refus de certains lieux (transports, lieux publics, groupes)

- Symptômes somatiques (sueurs, tremblements, douleurs thoraciques, troubles du sommeil)

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

A n x i é t é / T.Anxieux

Indices observables en entretien (signaux faibles et forts)

- Hypervigilance (posture tendue, sursauts exagérés)

- Crises de panique (palpitations, respiration difficile, sentiment de catastrophe imminente)

- Discours centré sur la peur du jugement, anticipation anxieuse (« je vais encore échouer »)

- Conduites d'évitement : refus de certains lieux (transports, lieux publics, groupes)

- Symptômes somatiques (sueurs, tremblements, douleurs thoraciques, troubles du sommeil)

- Abandon de démarches par peur anticipée (entretiens, examens, déplacements)
- Manque de disponibilité cognitive (anxiété parasite)
- Dépendance au conseiller comme figure sécurisante
- Limitation forte de la mobilité géographique ou professionnelle

Grille d’analyse affinée des conduites des usagers

- Abandon de démarches par peur anticipée (entretiens, examens, déplacements)
- Manque de disponibilité cognitive (anxiété parasite)
- Dépendance au conseiller comme figure sécurisante
- Limitation forte de la mobilité géographique ou professionnelle

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

Conséquences possibles sur l'accompagnement socio-professionnel

- Abandon de démarches par peur anticipée (entretiens, examens, déplacements)
- Manque de disponibilité cognitive (anxiété parasite)
- Dépendance au conseiller comme figure sécurisante
- Limitation forte de la mobilité géographique ou professionnelle

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

A n x i é t é / T.Anxieux

Conséquences possibles sur l'accompagnement socio-professionnel

- Abandon de démarches par peur anticipée (entretiens, examens, déplacements)
- Manque de disponibilité cognitive (anxiété parasite)
- Dépendance au conseiller comme figure sécurisante
- Limitation forte de la mobilité géographique ou professionnelle

- Rassurer en clarifiant le cadre et les étapes
- Repérer les évitements persistants (phobies, agoraphobie)
- Encourager la gradation des défis (exposition progressive)
- Relais à envisager si anxiété sévère et invalidante

Grille d’analyse affinée des conduites des usagers

- Rassurer en clarifiant le cadre et les étapes
- Repérer les évitements persistants (phobies, agoraphobie)
- Encourager la gradation des défis (exposition progressive)
- Relais à envisager si anxiété sévère et invalidante

Grille d’analyse affinée des conduites des usagers

Points de vigilance / posture professionnelle

- Rassurer en clarifiant le cadre et les étapes
- Repérer les évitements persistants (phobies, agoraphobie)
- Encourager la gradation des défis (exposition progressive)
- Relais à envisager si anxiété sévère et invalidante

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

A n x i é t é / T.Anxieux

Points de vigilance / posture professionnelle

- Rassurer en clarifiant le cadre et les étapes
- Repérer les évitements persistants (phobies, agoraphobie)
- Encourager la gradation des défis (exposition progressive)
- Relais à envisager si anxiété sévère et invalidante

- Récits ou allusions à des violences passées (familiales, conjugales, exil, accidents)
- Reviviscences (flashbacks, rêves récurrents, propos soudainement décalés)
- Dissociations (regard absent, propos incohérents, sentiment de détachement)
- Évitement massif (refus de certaines démarches sans explication claire)
- Hyperréactivité émotionnelle (colères, effroi, sursauts)

TSPT/T.Complexe

- Récits ou allusions à des violences passées (familiales, conjugales, exil, accidents)
- Reviviscences (flashbacks, rêves récurrents, propos soudainement décalés)
- Dissociations (regard absent, propos incohérents, sentiment de détachement)
- Évitement massif (refus de certaines démarches sans explication claire)
- Hyperréactivité émotionnelle (colères, effroi, sursauts)

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

TSPT/T.Complexe

- Récits ou allusions à des violences passées (familiales, conjugales, exil, accidents)
- Reviviscences (flashbacks, rêves récurrents, propos soudainement décalés)
- Dissociations (regard absent, propos incohérents, sentiment de détachement)
- Évitement massif (refus de certaines démarches sans explication claire)
- Hyperréactivité émotionnelle (colères, effroi, sursauts)

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

TSPT/T.Complexe

Indices observables en entretien (signaux faibles et forts)

- Récits ou allusions à des violences passées (familiales, conjugales, exil, accidents)
- Reviviscences (flashbacks, rêves récurrents, propos soudainement décalés)
- Dissociations (regard absent, propos incohérents, sentiment de détachement)
- Évitement massif (refus de certaines démarches sans explication claire)
- Hyperréactivité émotionnelle (colères, effroi, sursauts)

- Difficulté à maintenir une continuité dans le suivi
- Ruptures brutales dans l'accompagnement (disparition, silence)
- Méfiance ou défiance vis-à-vis de l'institution ou du conseiller
- Risque élevé d'exclusion sociale et professionnelle persistante

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

- Difficulté à maintenir une continuité dans le suivi
- Ruptures brutales dans l'accompagnement (disparition, silence)
- Méfiance ou défiance vis-à-vis de l'institution ou du conseiller
- Risque élevé d'exclusion sociale et professionnelle persistante

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

Conséquences possibles sur l'accompagnement socio-professionnel

- Difficulté à maintenir une continuité dans le suivi
- Ruptures brutales dans l'accompagnement (disparition, silence)
- Méfiance ou défiance vis-à-vis de l'institution ou du conseiller
- Risque élevé d'exclusion sociale et professionnelle persistante

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

TSPT/T.Complexe

Conséquences possibles sur l'accompagnement socio-professionnel

- Difficulté à maintenir une continuité dans le suivi
- Ruptures brutales dans l'accompagnement (disparition, silence)
- Méfiance ou défiance vis-à-vis de l'institution ou du conseiller
- Risque élevé d'exclusion sociale et professionnelle persistante

- Éviter l’exploration intrusive du trauma (risque de retraumatisation)
- Travailler la régularité, la prévisibilité et la confiance
- Identifier les situations déclenchantes et les aménagements nécessaires
- Orienter vers soins spécialisés si symptômes massifs

Grille d’analyse affinée des conduites des usagers

- Éviter l’exploration intrusive du trauma (risque de retraumatisation)
- Travailler la régularité, la prévisibilité et la confiance
- Identifier les situations déclenchantes et les aménagements nécessaires
- Orienter vers soins spécialisés si symptômes massifs

Grille d’analyse affinée des conduites des usagers

Points de vigilance / posture professionnelle

- Éviter l’exploration intrusive du trauma (risque de retraumatisation)
- Travailler la régularité, la prévisibilité et la confiance
- Identifier les situations déclenchantes et les aménagements nécessaires
- Orienter vers soins spécialisés si symptômes massifs

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

TSPT/T.Complexe

Points de vigilance / posture professionnelle

- Éviter l'exploration intrusive du trauma (risque de retraumatisation)
- Travailler la régularité, la prévisibilité et la confiance
- Identifier les situations déclenchantes et les aménagements nécessaires
- Orienter vers soins spécialisés si symptômes massifs

- Signes physiques (odeur d’alcool, propos embrouillés, agitation ou lenteur anormale)

- Absences répétées, retards, instabilité

- Usage compulsif du téléphone ou discours centré sur les consommations

- Déni ou minimisation (« je gère », « ce n’est pas grave »)

- Irritabilité ou agressivité lors de la confrontation à la consommation

Addiction

- Signes physiques (odeur d'alcool, propos embrouillés, agitation ou lenteur anormale)
- Absences répétées, retards, instabilité
- Usage compulsif du téléphone ou discours centré sur les consommations
- Déni ou minimisation (« je gère », « ce n'est pas grave »)
- Irritabilité ou agressivité lors de la confrontation à la consommation

Grille d’analyse affinée des conduites des usagers

Addiction

- Signes physiques (odeur d’alcool, propos embrouillés, agitation ou lenteur anormale)
- Absences répétées, retards, instabilité
- Usage compulsif du téléphone ou discours centré sur les consommations
- Déni ou minimisation (« je gère », « ce n’est pas grave »)
- Irritabilité ou agressivité lors de la confrontation à la consommation

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

Addiction

Indices observables en entretien (signaux faibles et forts)

- Signes physiques (odeur d'alcool, propos embrouillés, agitation ou lenteur anormale)
- Absences répétées, retards, instabilité
- Usage compulsif du téléphone ou discours centré sur les consommations
- Déni ou minimisation (« je gère », « ce n'est pas grave »)
- Irritabilité ou agressivité lors de la confrontation à la consommation

- Baisse de fiabilité dans les démarches (rendez-vous manqués, contrats rompus)
- Risques de comportements dangereux sur le lieu de travail
- Entrave à la stabilisation socio-professionnelle
- Aggravation des troubles anxieux et dépressifs

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

- Baisse de fiabilité dans les démarches (rendez-vous manqués, contrats rompus)
- Risques de comportements dangereux sur le lieu de travail
- Entrave à la stabilisation socio-professionnelle
- Aggravation des troubles anxieux et dépressifs

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

Conséquences possibles sur l'accompagnement socio-professionnel

- Baisse de fiabilité dans les démarches (rendez-vous manqués, contrats rompus)
- Risques de comportements dangereux sur le lieu de travail
- Entrave à la stabilisation socio-professionnelle
- Aggravation des troubles anxieux et dépressifs

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

Addiction

Conséquences possibles sur l'accompagnement socio-professionnel

- Baisse de fiabilité dans les démarches (rendez-vous manqués, contrats rompus)
- Risques de comportements dangereux sur le lieu de travail
- Entrave à la stabilisation socio-professionnelle
- Aggravation des troubles anxieux et dépressifs

- Ne pas réduire la personne à son addiction
- Identifier l'impact concret sur la démarche professionnelle
- Établir un lien de confiance avant toute orientation
- Proposer relais vers structures spécialisées (CSAPA, médecins)

Grille d’analyse affinée des conduites des usagers

- Ne pas réduire la personne à son addiction
- Identifier l’impact concret sur la démarche professionnelle
- Établir un lien de confiance avant toute orientation
- Proposer relais vers structures spécialisées (CSAPA, médecins)

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

Points de vigilance / posture professionnelle

- Ne pas réduire la personne à son addiction
- Identifier l'impact concret sur la démarche professionnelle
- Établir un lien de confiance avant toute orientation
- Proposer relais vers structures spécialisées (CSAPA, médecins)

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

Addiction

Points de vigilance / posture professionnelle

- Ne pas réduire la personne à son addiction
- Identifier l'impact concret sur la démarche professionnelle
- Établir un lien de confiance avant toute orientation
- Proposer relais vers structures spécialisées (CSAPA, médecins)

- Humeur dépressive persistante, tristesse intense ou au contraire indifférence affective

- Anhédonie (perte d'intérêt pour les activités, discours du type « plus rien n'a de sens »)

- Ralentissement psychomoteur (voix monocorde, lenteur de réponse, gestes figés)

- Fatigue marquée, perte d'appétit, troubles du sommeil

- Discours de culpabilité, de honte, voire d'idées suicidaires explicites ou voilées

Dépression

- Humeur dépressive persistante, tristesse intense ou au contraire indifférence affective

- Anhédonie (perte d'intérêt pour les activités, discours du type « plus rien n'a de sens »)

- Ralentissement psychomoteur (voix monocorde, lenteur de réponse, gestes figés)

- Fatigue marquée, perte d'appétit, troubles du sommeil

- Discours de culpabilité, de honte, voire d'idées suicidaires explicites ou voilées

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

Dépression

- Humeur dépressive persistante, tristesse intense ou au contraire indifférence affective

- Anhédonie (perte d'intérêt pour les activités, discours du type « plus rien n'a de sens »)

- Ralentissement psychomoteur (voix monocorde, lenteur de réponse, gestes figés)

- Fatigue marquée, perte d'appétit, troubles du sommeil

- Discours de culpabilité, de honte, voire d'idées suicidaires explicites ou voilées

Grille d'analyse affinée des conduites des usagers

Dépression

Indices observables en entretien (signaux faibles et forts)

- Humeur dépressive persistante, tristesse intense ou au contraire indifférence affective
- Anhédonie (perte d'intérêt pour les activités, discours du type « plus rien n'a de sens »)
- Ralentissement psychomoteur (voix monocorde, lenteur de réponse, gestes figés)
- Fatigue marquée, perte d'appétit, troubles du sommeil
- Discours de culpabilité, de honte, voire d'idées suicidaires explicites ou voilées

4. Vers où, vers qui orienter?

1. Qu’est-ce qu’une psychothérapie ?

Une psychothérapie est une intervention psychologique structurée, fondée sur un cadre thérapeutique, une alliance, des objectifs définis, et utilisant des méthodes validées pour :

– réduire les symptômes,
– restaurer la régulation émotionnelle,
– améliorer le fonctionnement global,
– renforcer la cohérence du self.

Ce n’est ni un soutien, ni une “écoute empathique”, ni un conseil :

→ C’est un travail organisé, avec une direction thérapeutique.

2. Les phases d'une psychothérapie adaptée

Phase 1 : Stabilisation et sécurité (fondamentale et incontournable)

Objectifs :

– restaurer un minimum de régulation émotionnelle,
– créer une alliance solide, fiable, prévisible,
– travailler les compétences : respiration, ancrage, grounding, psychoéducation,
– diminuer la honte, restaurer l'agentivité,
– diminuer les comportements à risque et les contextes traumatisants actuels.

Contenus possibles :

– psychoéducation TSPT / trauma complexe,
– techniques de stabilisation (TDSP, EMDR, IFS, outils somatiques, polyvagal),
– travail sur la sécurité interne/externe,
– identification des triggers,
– rétablissement d'un rythme de vie minimal.

2. Les phases d'une psychothérapie adaptée au trauma complexe

Phase 1 : Stabilisation et sécurité (fondamentale et incontournable)

Ce qu'il faut éviter :
– plonger trop vite dans le trauma,
– "forcer" la narration,
– confrontation émotionnelle brutale,
– protocoles d'exposition non contenus.

La stabilisation n'est pas une "option" : c'est la condition structurelle de tout travail ultérieur.

2. Les phases d'une psychothérapie adaptée au trauma complexe

Phase 2 : Travail ciblé sur les mémoires traumatiques

Quand la personne est suffisamment stable, sécurisée, régulée.

Méthodes possibles (selon indications) :

– EMDR (standard, fractionné, en dosage fin),
– TCC orientée trauma (TF-CBT, CPT),
– Protocole narratif progressif,
– Thérapie Enactive du Trauma / TDSP (Nijenhuis),
– IFT/IFS (Internal Family Systems) si dissociation identitaire,
– Techniques somatiques (somatic experiencing, sensorimotor therapy) selon formation du clinicien.

Objectifs :

– désamorcer la charge émotionnelle des mémoires,
– transformer les émotions traumatogènes en émotions intégrables,
– restaurer la continuité temporelle.

2. Les phases d'une psychothérapie adaptée au trauma complexe

Phase 3 : Réintégration, reconstruction, identité

Orientée sur :

– identité,
– relations,
– estime de soi,
– projets de vie,
– re-socialisation,
– autonomie émotionnelle.

Pour un trauma complexe, cette phase est aussi importante que le travail sur le trauma.

3. Quels types de psychothérapie sont adaptés ? (France)

Méthodes fortement recommandées (preuves ++)

– EMDR (méthode de choix pour TSPT et trauma complexe si phasage respecté)

→ Très présente en France, réseau solide, formation structurée.

– TCC centrées trauma (TF-CBT, CPT)

→ Fort niveau de preuve, surtout pour TSPT “simple”.

– Thérapie de la Dissociation Structurelle (TDSP / Nijenhuis)

→ Très pertinente en trauma complexe + dissociation.

– Thérapies psychocorporelles validées (Somatic Experiencing, Sensorimotor therapy)

→ Présentes en France dans certaines villes.

– Approches intégratives (ACT, thérapie des schémas)

→ Efficaces en dépression + trauma chronique.

5. La composante interculturelles

La dimension interculturelle n'est pas un "ajout" ou un "enjeu périphérique".

Les différences dans l'expression du trauma

Chez certains patients, le TSPT ne se dira jamais en mots psychiques.
Il se dira :

- par le corps (somatisations),
- par des troubles du sommeil,
-par des plaintes spirituelles- par des visions, des cauchemars,
- par des symptômes "culturellement codés" (djinn, mauvais œil, attaque spirituelle, malédiction, sorcellerie, rêves annonciateurs).

Ce ne sont PAS des délires : ce sont des cartes culturelles pour décrire des phénomènes traumatiques.

Vignette clinique – “Omar, 34 ans”

Contexte général

Omar, 34 ans, originaire du Maghreb, vit en France depuis 8 ans. Il travaille précaires : intérim, restauration, petits chantiers. Depuis un an, il enchaîne les ruptures de contrat. Il est orienté vers un psychologue de structure sociale parce qu’il « dort très mal, ne mange plus, a perdu 12 kilos et dit qu’il est maudit ».

Motif de consultation : un problème “spirituel”

D’emblée, Omar ne parle pas de souffrance psychique.
Il dit : « Quelque chose me suit… ce n’est pas normal… la nuit on vient m’étouffer… je suis touché par le mauvais œil… on veut ma perte. »

Il ne décrit pas d’anxiété, ni d’intrusions, ni de flashbacks.
Il décrit :
– des oppressions nocturnes,
– des réveils en sursaut,
– des visions de silhouettes en semi-sommeil,
– une sensation de présence hostile,
– un sentiment de vulnérabilité totale.

Somatisation et fatigue extrême

Omar consulte plusieurs médecins : douleurs thoraciques, palpitations, « courants dans les jambes », migraines violentes, nausées.
Les examens : RAS.
Omar conclut : « C’est spirituel. Quelqu’un m’a fait du mal. »

Les événements traumatiques (non d’emblée accessibles)

Ce n’est qu’au troisième ou quatrième entretien, grâce à un climat de confiance, qu’il évoque des épisodes passés :
– Violences répétées dans l’enfance (autorité paternelle très dure).
– Agression violente dans un foyer d’hébergement en France 4 ans plus tôt.
– Isolement social massif.
– Ruptures professionnelles et humiliation au travail.
– Accident de chantier où un collègue a été grièvement blessé.

Vignette clinique – “Omar, 34 ans”

Mais il relativise :
« Ça, c’est la vie. »
Le traumatisme ne se dit pas en termes psychologiques.

Symptomatologie traumatique (lecture clinique)

– Hypervigilance nocturne.
– Intrusions sous forme de cauchemars, mais reportées comme “attaques spirituelles”.
– Dissociation légère : absences, regard flottant.
– Effondrement de l’estime de soi.
– Colère rentrée, honte, retrait social massif.
– Anxiété anticipatoire des convocations administratives (phasique, intense).
– Évitements multiples (dormir seul, lieux sombres, transports nocturnes).

Codage culturel du traumatisme

Pour Omar, l’approche “psychologique” n’a pas de sens.
Dans son modèle culturel :
– la souffrance passe par le corps,
– les symptômes nocturnes évoquent un djinn,
– la malchance répétée = mauvais œil,
– les cauchemars = “messages”,
– l’oppression nocturne = attaque spirituelle.

Il ne présente pas un délire psychotique mais une mise en récit culturel d’un vécu traumatique.

Difficultés interculturelles pour le clinicien

– Comment ne pas invalider ses croyances ?
– Comment ne pas pathologiser sa culture ?
– Comment traduire le traumatisme dans ses codes ?
– Comment travailler sans imposer un modèle occidental du psychisme ?
– Comment articuler son expérience spirituelle avec les symptômes du TSPT ?

Vignette clinique – “Omar, 34 ans”

Déroulé thérapeutique possible

Validation des expériences : « Je comprends qu’elles sont très menaçantes pour vous. »

Travail sur la sécurité nocturne, hygiène du sommeil, rituels culturels possibles (sourate, objet symbolique) — non comme magie, mais comme médiation culturelle apaisante.

Psychoéducation en s’appuyant sur son langage :
– « Certaines attaques se produisent quand le corps n’arrive plus à se reposer. »
– « Le stress s’exprime parfois comme si une présence venait vous étouffer. »

Stabilisation émotionnelle (respiration, grounding sensoriel).

Exploration très graduée des événements traumatiques (jamais frontalement).

Travail identitaire : honte, dévalorisation, isolement.

Réadressement social via réseau communautaire ou associatif.

En phase 2, selon stabilisation, EMDR en dosage fin.

En phase 3, travail de reconstruction : appartenance, avenir, signification.

Éléments d’approche communautaire

– Participation à une association culturelle du quartier.
– Reprise de liens sociaux (café social, repas partagés).
– Appui sur un imam local pour médiation spirituelle (selon sa demande).

Résultats (6 à 12 mois)

– Diminution des attaques nocturnes.
– Retour progressif à des contrats courts.
– Meilleure régulation émotionnelle.
– Restitution du sens : « Je crois que ce n’était pas un djinn… plutôt mes nerfs et mes souvenirs. »

La dimension interculturelle n'est pas un "ajout" ou un "enjeu périphérique".

Le rapport à l'autorité, à l'institution, au soin

Dans certaines cultures :

- on ne contredit pas l'autorité,
- on ne parle pas de soi spontanément,
- on ne conteste pas,
-on évite de se plaindre.

Le psychologue occidental peut interpréter cela comme un "manque d'engagement" ou une "relation pauvre", alors qu'il s'agit de normes interactionnelles.

La dimension interculturelle n’est pas un “ajout” ou un “enjeu périphérique”.

Les conflits de loyauté et la honte culturelle

Dans certains groupes :

- évoquer le trauma, c’est trahir la famille,
- évoquer les violences conjugales, c’est déshonorer le groupe,
- évoquer les violences sexuelles, c’est un tabou absolu,
- montrer la souffrance, c’est une faiblesse.

-La honte n’est pas individuelle : elle est collective.

Une intervention thérapeutique doit donc intégrer la dimension de l’honneur, du secret, du clan, de la réputation.

La dimension interculturelle n’est pas un “ajout” ou un “enjeu périphérique”.

Les conflits de loyauté et la honte culturelle

Dans certains groupes :

- évoquer le trauma, c’est trahir la famille,
- évoquer les violences conjugales, c’est déshonorer le groupe,
- évoquer les violences sexuelles, c’est un tabou absolu,
- montrer la souffrance, c’est une faiblesse.

-La honte n’est pas individuelle : elle est collective.

Une intervention thérapeutique doit donc intégrer la dimension de l’honneur, du secret, du clan, de la réputation.

6. Etude de cas

CAS CLINIQUE – “Samira, 38 ans”

Samira, 38 ans, trois enfants (7, 10, 13 ans). Elle a travaillé 12 ans dans la grande distribution, surtout en caisses. Depuis 6 mois, alternance de petits contrats, arrêts maladie courts, reprises avortées. Elle dit “perdre le fil” facilement.

Aux rendez-vous France Travail, elle arrive souvent en retard, parfois en larmes sans raison claire. D’autres fois, elle est très polie, presque trop, mais distante. Elle s’excuse beaucoup, dit “je suis désolée, j’oublie tout en ce moment”.

Sur le plan administratif, elle confond certains courriers, oublie des pièces, ne finalise pas les démarches qu’elle entame. Elle dit “j’avais commencé… puis j’ai laissé tomber… je ne sais pas pourquoi”.

Son discours est court, concret, centré sur les enfants et les problèmes pratiques. Elle parle très peu d’elle. Sauf quand elle lâche : “Je ne me reconnais plus”, ou “Je fais semblant.”

Elle évite les questions sur son conjoint : “On n’est plus ensemble, il est… ailleurs.” Elle baisse les yeux à ce moment-là. Quand on insiste timidement : “C’est compliqué”.

Pendant l’entretien, elle garde son sac sur les genoux, son manteau fermé, même lorsqu’il fait chaud. Elle sursaute aux bruits de couloir. Elle regarde souvent la porte.

Elle refuse toute proposition d’emploi de nuit ou en entrepôt : “le bruit je supporte plus… j’ai la tête qui claque”.

Elle dit qu’elle dort mal, souvent avec la lumière du couloir allumée. Et : “Je dors mieux quand les enfants sont près de moi.”

Elle dit se sentir “vide dans la tête”, avoir “le cœur serré”. Elle a perdu 6 kilos en 4 mois.

À la fin de l’entretien, elle dit : “Je veux travailler… mais je n’y arrive pas… j’ai peur de décevoir.”

CAS CLINIQUE – “Samira, 38 ans”

Q1. Quels sont les faits bruts que vous pouvez décrire sans interpréter ?

Q2. Quels “signes faibles” de vulnérabilité repérez-vous ?

Q3. Quelles hypothèses pourriez-vous formuler sur les mécanismes en jeu ?

Q4. Quelles représentations risquent d’apparaître dans ce type de situation ?

Q5. Comment pourriez-vous ajuster votre posture professionnelle face à Samira ?

Q6. À quel moment envisageriez-vous une orientation vers un soutien psychologique spécialisé ?

Q7. Quels micro-objectifs réalistes pourriez-vous fixer pour la prochaine rencontre ?

Q1. Quels sont les faits bruts que vous pouvez décrire sans interpréter ?

Les faits bruts sont :
– 38 ans, 3 enfants
– parcours professionnel instable depuis 6 mois
– retards et oublis répétés
– pleurs en entretien
– difficultés administratives (papiers oubliés, courriers confondus)
– discours court, réponses concrètes
– sac sur les genoux, manteau fermé
– sursauts aux bruits du couloir
– sommeil perturbé
– perte de poids
– refus d'emploi de nuit ou en entrepôt
– fatigue importante
– dit : « Je ne me reconnais plus »
– dit : « Je ne veux pas me tromper encore »

Point pédagogique clé :
On veut qu'ils apprennent à séparer ce qu'ils voient de ce qu'ils croient comprendre.

Enrichissement subtil du cas

« Lorsqu'on lui parle d'un poste en caisse à 20 minutes de chez elle, elle devient soudain silencieuse, comme si elle doutait. Elle dit ensuite : "Je ne sais pas… c'est loin… et puis je supporte mal les remarques." »

Ça ajoute :
→ hypersensibilité aux interactions humaines
→ trace possible de stigmatisation passée
→ évitement social
→ micro-fragilité relationnelle

Q3. Quels mécanismes non visibles pourraient expliquer ses difficultés ?

Réponse commentée

– Hypervigilance : réduit la capacité à se concentrer
– Troubles du sommeil : fatigue → désorganisation → oublis
– Saturation cognitive liée à la précarité : charge mentale explosive
– Dysrégulation émotionnelle : pleurs, peur, honte
– Évitement traumatique : ne parle pas du passé, ou de certains environnements
– Dépression : perte d'élan vital, perte de poids, "tête vide"
– Dissociation légère : absences, flottements, difficultés à se projeter

Point clé :
L'objectif n'est pas qu'ils nomment le trauma complexe.
L'objectif est qu'ils comprennent :
→ « Ce n'est pas un problème de motivation ni de mauvaise volonté. »

Enrichissement du cas

« Elle raconte qu'à son ancien travail, elle était "toujours en train de surveiller", que "le chef criait beaucoup", et qu'elle "partait aux toilettes pour respirer". Elle dit cela comme si c'était normal. »

Ce détail ouvre :
– violences verbales
– harcèlement
– environnement dangereux
– traces d'hypervigilance chronifiée

Q4. Comment pourriez-vous adapter votre posture professionnelle ?

Réponse commentée

– ralentir le rythme
– donner des étapes très claires
– valider la difficulté sans la dramatiser
– poser un cadre sécurisant
– éviter les injonctions (“il faut…”, “vous devez…”)
– fractionner les tâches
– reformuler pour vérifier la compréhension
– proposer un seul objectif entre chaque rendez-vous
– éviter les questions frontales sur le passé
– normaliser les difficultés : “Beaucoup de personnes dans votre situation vivent ça”

Point clé :
Ils doivent comprendre que France Travail peut être un espace de stabilisation, pas seulement un espace de contrôle.

Enrichissement subtil du cas

« Quand tu poses une question simple — “qu’est-ce qui pourrait vous aider ?” — elle répond : “Je ne sais pas… je ne sais plus réfléchir.” »

→ montre le besoin d’étayage externe

→ intensifie la nécessité de guidance douce

Q5. À quel moment et comment proposer une orientation vers un soutien psychologique spécialisé ?

Réponse commentée

Quand :
– troubles du sommeil importants
– perte de poids
– pleurs fréquents
– surcharge cognitive
– évitements massifs
– interventions sociales inefficaces malgré bonne volonté
– risque de décompensation

Comment :
– jamais frontalement
– pas “vous avez besoin d’un psy”
– mais “il existe des lieux pour souffler”
– proposer, pas imposer
– valoriser son courage
– normaliser : “Beaucoup de personnes qui traversent une période difficile trouvent utile…”

Point clé :
L’orientation doit être dédramatisée, non stigmatisante et co-construite.

Enrichissement subtil du cas

« Lorsqu’on lui propose de l’aide, Samira répond : “Je veux bien… mais j’ai peur de raconter des choses que je ne devrais pas.” »

→ ce qui renforce l’hypothèse d’un vécu traumatique
→ importance d’un cadre de soin contenant
→ ce qui rend l’orientation encore plus nécessaire

CLINIQUE COMPLEXE – “Rachid, 42 ans”

Rachid, 42 ans, vit depuis 3 ans dans un appartement social avec sa sœur et le fils de celle-ci (11 ans). Travaille en intérim depuis 8 ans : manutention, livraison, nettoyage industriel. Depuis 9 mois, alternance d’arrêts maladie, ruptures de mission, refus de postes.
En entretien, il reste poli, très calme, parfois trop calme. Par moments, il semble “ailleurs”, puis revient d’un coup à la conversation. Il regarde souvent la fenêtre ou le sol.
Il dit être “fatigué jusqu’aux os”, avoir “la tête qui bourdonne”, “le sommeil qui part et qui revient”. Il se plaint de douleurs thoraciques et d’engourdissements des mains ; examens médicaux : RAS.
Il oublie plusieurs rendez-vous, confond des courriers, perd des documents importants. Quand on lui en parle, il s’excuse : “Je suis désolé, je ne suis plus comme avant.”
Il refuse systématiquement les missions en entrepôt fermé : “Je ne peux pas rester enfermé… je me sens oppressé.”
Quand on évoque les missions de nuit, il devient tendu : “La nuit, c’est pas possible pour moi.”
Lorsqu’on lui demande s’il a vécu des événements difficiles, il élude : “Ça, c’est du passé. On avance.”
Il dit parfois : “Je dois rester fort pour ma sœur, elle compte sur moi.”
Lorsqu’un bruit fort retentit dans le couloir, il sursaute, se raidit, puis répond trop vite : “Non non, ça va, excusez-moi.”
En parlant du passé professionnel, il glisse : “Avant j’étais plus rapide… je regardais partout en même temps… j’étais sur mes gardes.”
Il mentionne avoir quitté son pays “dans la précipitation”, et avoir “perdu des amis en route”.
Il ne parle jamais de son père, mais dit : “Dans ma famille, on garde les choses pour nous.”
À la fin de l’entretien, il demande si ses absences vont entraîner une sanction. Il paraît sincèrement inquiet.
En partant, il dit : “Je veux travailler… mais quand je commence, j’étouffe… comme si quelque chose me rattrapait.”

CLINIQUE COMPLEXE – “Rachid, 42 ans”

Q0. À quoi ce cas vous fait-il penser spontanément ?

Q1. Quels sont les faits bruts que vous pouvez isoler dans ce cas ?

Q2. Quels sont les signes faibles de vulnérabilité que vous repérez ?

Q3. Quelles hypothèses de mécanismes psychologiques ou sociaux pourriez-vous formuler, sans diagnostic ?

Q4. Quelles difficultés interculturelles ce cas peut-il poser dans l’échange ?

Q5. Comment adapteriez-vous votre posture professionnelle dans un entretien avec Rachid ?

Q6. Quels environnements, situations ou éléments semblent réactiver son malaise ?

Q7. Quelles seraient les erreurs d’interprétation ou de posture à éviter ?

Q8. À quel moment et comment proposeriez-vous une orientation vers un dispositif de soin ?

Q9. Quels micro-objectifs réalistes pourriez-vous proposer pour la prochaine rencontre ?

Q10. Enfin : quelles approches communautaires pourraient être utiles dans ce cas ?

Q0. À quoi ce cas vous fait-il penser spontanément ?

– fatigue extrême,
– surcharge sociale,
– stress chronique,
– possible dépression,
– isolement,
– instabilité socio-professionnelle,
– trauma migratoire,
– violences dans le passé,
– anxiété, phobie sociale,
– “burn-out” du travail précaire.

Q1. Quels sont les faits bruts ?

Faits observables et non interprétés :
– Rachid sursaute aux bruits.
– Il oublie des rendez-vous et des documents.
– Il dit être extrêmement fatigué.
– Il a des douleurs thoraciques et des engourdissements (examens rassurants).
– Il refuse les entrepôts fermés et les missions de nuit.
– Il regarde le sol et la fenêtre, posture de retrait.
– Il a quitté son pays “dans la précipitation”.
– Il vit avec sa sœur.
– Il confond des courriers.
– Il dit “je ne suis plus comme avant”.
– Il dit “je dois être fort pour ma sœur”.

Q2. Quels sont les signes faibles de vulnérabilité ?

– Hypervigilance : sursaut, tension corporelle, regard tourné vers la fuite (fenêtre).
– Dissociation légère : “ailleurs”, absences, flottements.
– Dysrégulation émotionnelle : inquiétude, auto-disculpation.
– Évitement : lieux fermés, nuit, sujets personnels.
– Somatisations : thorax, mains, fatigue extrême.
– Inhibition relationnelle : calme excessif, politesse extrême, auto-effacement.
– Effondrement des fonctions exécutives : oublis, confusion des courriers.
– Perte d’identité fonctionnelle : “je ne suis plus comme avant”.
– Histoire migratoire abrupte → indice de trauma.
– Crainte institutionnelle : peur des sanctions.

Point clé :
Les “signes faibles” ne prouvent rien, mais leur accumulation forme un portrait de fragilité majeure.

Q3. Quelles hypothèses de mécanismes ? (sans diagnostic)

– Hypervigilance traumatique → sursauts, refus des lieux clos, évitement de la nuit.
– Dissociation légère → flottements, absence, “ailleurs”.
– Hyperactivation physiologique → douleurs thoraciques, engourdissements.
– Fatigue cognitive liée à la précarité → oublis, désorganisation.
– Dépression masquée → “je ne suis plus comme avant”, fatigue osseuse.
– Stress migratoire → secret sur le passé.
– Honte / auto-culpabilisation → “désolé”, “ce n’est plus moi”.
– Loyauté familiale → auto-effacement, mise en avant des responsabilités.

Point clé :
On ne nomme pas de diagnostic, mais on pense mécanismes : ce que la personne fait pour survivre.

Q4. Quelles difficultés interculturelles possibles ?

– Rapport culturel au secret : “on garde les choses pour nous”.
– Histoire traumatique indicible (fuite, pertes).
– Rapport à l’autorité institutionnelle : peur de “mal faire”.
– Expression somatique de la détresse (corps, douleurs).
– Modèles culturels du courage et de la retenue émotionnelle.
– Peur de déshonorer la famille en parlant du passé.
– Difficulté à dire les émotions dans le cadre occidental individuel.

Point clé :
L’interculturel ne remplace pas le trauma : il modèle la manière dont il s’exprime.

Q5. Comment adapter votre posture professionnelle ?

– Rythme plus lent.
– Reformulation claire des étapes.
– Pas de confrontation.
– Normalisation : “beaucoup de personnes dans votre situation vivent cela”.
– Validation de l’effort.
– Éviter les questions directes sur le passé (“Qu’est-ce qui s’est passé ?”).
– Transparence : expliquer le déroulé du rendez-vous.
– Des consignes simples, une par une.
– Sécurisation verbale : “Vous ne risquez pas de sanction pour…”.

Point clé :
France Travail ne peut pas “traiter” le trauma, mais peut éviter d’aggraver la détresse.

Q6. Quels environnements réactivent son malaise ?

– lieux fermés → mémoire corporelle de danger
– travail de nuit → hypervigilance nocturne
– bruit fort → réponse de sursaut
– sollicitations institutionnelles → anxiété anticipatoire
– situations d'autorité → activation traumatique
– missions rapides / sous pression → surcharge cognitive

Point clé :
Identifier les déclencheurs permet d'éviter les malentendus ("il refuse le travail").

Q7. Quelles erreurs éviter ?

– Interpréter comme : “manque de motivation”.
– Le presser à se projeter (“où vous voyez-vous dans 2 ans ?”).
– Minimiser ses symptômes corporels.
– Chercher à obtenir son histoire traumatique.
– Interpréter son calme comme de la maîtrise.
– Confondre évitement traumatique et mauvaise foi.
– Forcer des postes en entrepôt ou de nuit.

Point clé :
Le trauma complexe se lit souvent comme résistance ou incohérence.

Q8. À quel moment / comment proposer une orientation vers un soin ?

Quand :
– symptômes somatiques récurrents
– sommeil très perturbé
– évitements massifs (nuit, lieux fermés)
– détresse émotionnelle contenue
– désorganisation chronique, malgré efforts visibles
– peur institutionnelle intense
– passé migratoire brusque + pertes

Comment (formulations) :
– “Ce que vous vivez est lourd. Certaines personnes trouvent utile un espace où on peut souffler et être aidé.”
– “On peut voir ensemble des lieux où on peut vous accompagner davantage.”
– “Il existe des professionnels spécialisés dans les épisodes difficiles de la vie.”

Relais possibles :
– CMP
– Centre psychotrauma
– Médecin traitant
– Association migrants / exilés
– Psychologue libéral si possible
– France Victimes / associations locales

Q9. Quels micro-objectifs fixer ?

– Ramener un seul document (pas cinq).
– Vérifier ensemble un courrier.
– Faire un appel avec lui (mise en sécurité).
– Clarifier les horaires d'une mission précise.
– Organiser un rendez-vous médical.
– Repérer les moments où il se sent oppressé.

Point clé :
On restaure le sentiment d'efficacité personnelle.

Q10. Quelles approches communautaires pourraient aider ?

– Association culturelle ou religieuse sécurisante
– Groupe de soutien pour migrants / primo-arrivants
– Espace de sociabilité masculine positive (sport, collectif)
– Médiation culturelle
– Accueil de jour ou associations locales
– Groupes d'entraide administrative
– Activités collectives stabilisantes

Point clé :
Le trauma n'est jamais uniquement intrapsychique :
il se répare aussi par l'environnement, le lien, le collectif

MERCI
ASANTE
THANK YOU
GRAZIE
DANK JE
DANKON
KIITOS
MATONDO
MATUR NUWUN
MOCHCHAKKERAM
OBRIGADO
SALAMAT
TERMA KASIH
CHOKRANE
JUSPAXAR
ARIGATO
OBRIGADO
MAAKE
GRAZIE
CAM ON BAN
MATUR NUWUN
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
RAIBH MAITH AGAT
SPASIBO