

# Journal de **PSYCHOTRAUMATOLOGIE**

4

DÉPRESSION

HYPERVIGILANCE

BURN-OUT

ÉPUISEMENT

ANXIÉTÉ

TOC

INSOMNIE

TROUBLES  
ALIMENTAIRES

DOULEURS  
CHRONIQUES

TDAH

BIPOLARITÉ ?

**PSYCHOTRAUMATISME**

**UN MAUVAIS DIAGNOSTIC  
PEUT FAIRE PERDRE DES ANNÉES.  
UN BON BILAN  
PEUT CHANGER UNE VIE.**

Pourquoi le bilan psychotraumatologique  
est indispensable !

JUIN-JUILLET 2026

Numéro #04



[www.lacliniquedupsychotrauma.fr](http://www.lacliniquedupsychotrauma.fr)

# WHAT'S INSIDE

03	Le diagnostic du TSPT
05	Portrait du mois
06	Les différents type de trauma
08	Le trauma vicariant
10	La cure post-traumatique
12	Trauma et sexualité
14	Le trauma n'est pas l'évènement
17	Justice et traumatisme
18	Des cicatrices invisibles
20	Sur la P.I.S.T.E. des traumas
25	Le trauma développemental
28	Vos psychotraumatologues
29	Le livre du mois

# Trouble de Stress Post-Traumatique :

*LE VRAI PROBLÈME N'EST PAS TOUJOURS LE TRAUMA. C'EST PARFOIS LE DIAGNOSTIC.*

Lorsqu'une personne souffre depuis des années de cauchemars, d'hypervigilance, d'anxiété, d'épuisement, de troubles du sommeil, de douleurs inexpliquées, de dissociations ou d'effondrements émotionnels, la première question devrait toujours être :

"Que se passe-t-il réellement ?"

Et pourtant, dans la réalité, cette question est parfois évacuée beaucoup trop vite.

Nous vivons dans une époque où les outils thérapeutiques n'ont jamais été aussi nombreux :

EMDR, TCC, Hypnose, EFT, TPV, IFS, Thérapies somatiques, Médicaments, Protocoles innovants, Approches intégratives, etc...

Les outils existent.

Les connaissances existent.

Les bonnes intentions existent.

Et malgré cela, combien de personnes continuent à souffrir pendant des années ?

Combien de personnes passent d'un professionnel à l'autre sans amélioration durable ?

Combien reçoivent plusieurs diagnostics successifs au cours de leur vie ?

Combien finissent par croire qu'elles sont devenues "incurables" ?

Le problème n'est pas toujours l'outil.

Le problème est parfois que l'on tente d'utiliser un outil standard ou un protocole général avant d'avoir réellement compris ce qui se passe.

***Car un bon outil utilisé au mauvais moment devient parfois un mauvais outil !***

On ne réalise pas une chirurgie avant d'avoir posé un diagnostic.

On ne traite pas une fracture sans radiographie.

On ne construit pas une maison sans étudier le terrain.

Pourquoi en serait-il autrement lorsqu'il s'agit du psychisme humain ?

Le mot "trauma" est souvent utilisé comme une évidence.

Pourtant, derrière ce mot se cachent des réalités extrêmement différentes.

Un traumatisme simple ne devient pas forcément un TSPT.

Un trauma développemental n'est pas forcément un TSPT complexe.

Une dissociation n'est pas forcément une bipolarité.

Une hypervigilance chronique peut ressembler à un trouble anxieux généralisé.

Une dérégulation émotionnelle peut évoquer un trouble borderline.

Un épuisement neurophysiologique peut parfois être confondu avec une dépression.

Et certaines personnes présentent plusieurs mécanismes simultanément.

La souffrance est réelle.

Mais son origine ne l'est pas toujours autant qu'on le croit.

C'est précisément là que réside toute la difficulté.

Car derrière deux patients qui présentent les mêmes symptômes peuvent se cacher deux problématiques totalement différentes.

L'un aura besoin d'une désensibilisation traumatique.

L'autre aura besoin de retrouver du sommeil.

L'un devra travailler la mémoire traumatique.

L'autre devra d'abord retrouver un système nerveux capable de tolérer ce travail.

Vouloir appliquer la même méthode à tous les patients revient à vouloir ouvrir toutes les portes avec la même clé.

Parfois cela fonctionne.



Parfois non. Et parfois cela peut même aggraver la situation ou provoquer une retraumatisation.

Nous observons régulièrement des personnes qui ont multiplié les thérapies sans résultat.

Non pas parce que les thérapies étaient mauvaises.

Mais parce que la question fondamentale n'avait jamais été explorée suffisamment :

"Quel est réellement le problème à traiter ?"

À la **Clinique du Psychotrauma**, nous sommes progressivement arrivés à une conviction simple : le bilan psychotraumatologique n'est pas une formalité administrative.

Il constitue la première étape du soin.

Avant de traiter.

Avant de désensibiliser.

Avant de prescrire.

Avant même de choisir une méthode.

Il faut comprendre.

Comprendre l'histoire.

Comprendre les blessures.

Comprendre les mécanismes de survie.

Comprendre le fonctionnement neurophysiologique.

Comprendre les facteurs biologiques, émotionnels, cognitifs et relationnels qui entretiennent la souffrance.

Parce qu'un cerveau traumatisé n'est pas seulement un cerveau qui souffre.

C'est un cerveau qui tente encore de survivre.

Et tant que nous ne comprenons pas précisément ce qu'il essaie de protéger, nous risquons de passer à côté de l'essentiel.

C'est pour cette raison que nous avons développé un bilan psychotraumatologique approfondi, fondé sur des critères cliniques, des outils d'évaluation standardisés, des marqueurs objectivables et une analyse globale de la personne.

Non pas pour poser davantage d'étiquettes.

Mais pour mieux comprendre.

Car comprendre est souvent le premier pas vers l'apaisement.

Et l'apaisement est souvent le premier pas vers la reconstruction.

Notre philosophie tient en trois mots :

**COMPRENDRE • APAISER • RECONSTRUIRE**

Parce qu'avant de vouloir traiter un trauma, encore faut-il savoir précisément ce que l'on cherche à soigner.



**Pour commander en ligne :**  
<https://www.thebookedition.com/fr/guide-clinique-du-psychotrauma-p-424839.html>

Le **Guide Clinique du Psychotrauma** s'inscrit comme un outil de référence destiné aux professionnels de l'accompagnement confrontés aux réalités complexes du trauma. Conçu dans une approche résolument intégrative, il propose une lecture claire et structurée des mécanismes du stress post-traumatique et de ses formes complexes, en croisant les apports des neurosciences, de la psychotraumatologie et des approches thérapeutiques contemporaines. À la fois rigoureux sur le plan clinique et accessible dans sa pédagogie, ce guide offre des repères concrets pour mieux comprendre, évaluer et accompagner les patients souffrant de traumatismes psychiques.

Au-delà des apports théoriques, cet ouvrage se distingue par son orientation pratique, en proposant des stratégies thérapeutiques directement mobilisables sur le terrain. Il met en lumière l'importance d'une prise en charge globale, intégrant les dimensions neurobiologiques, émotionnelles et relationnelles du trauma, tout en valorisant des outils innovants comme la désensibilisation par mouvements alternatifs et les approches intégratives. Pensé comme un véritable support de travail, le Guide Clinique du Psychotrauma constitue une ressource précieuse pour affiner sa pratique et renforcer l'efficacité des accompagnements dans le champ du psychotrauma.

## Accompagner le psychotraumatisme !

*Restaurer la sécurité intérieure et retrouver sa liberté de vivre*

Je suis **David Laurençon**, professionnel de santé diplômé d'état et spécialisé dans l'accompagnement des psychotraumatismes. J'accompagne les troubles et fonds anxieux et les conséquences psychologiques liées aux expériences de vie difficiles, aux répercussions visibles ou invisibles d'événements qui ont profondément marqué leur histoire.

Traumatisme simple complexe ou lié au développement qu'il soit incestueux ou pas. Certaines personnes consultent pour des crises d'angoisses, des attaques de panique, une hypervigilance permanente ou un sentiment d'épuisement émotionnel. La patientelle la plus présente en cabinet, sera dans les situations de violences physiques, verbales et notamment intra-familiale avec des specificateurs de souffrances actives en hypervigilance, anxiété chronique, sentiment d'insécurité, réactions disproportionnées face au stress, difficultés relationnelles ou encore comportements de protection devenus envahissants. une impression de ne jamais parvenir à véritablement sortir d'une boucle mentale intrusive et multiple dans l'observation.

Un entretien clinique préalable par téléphone, considérant la situation du moment, permet à définir s'il s'agit de traumatisme simple, complexe ou développemental, d'étudier les prises en charge en cours ou déjà réalisées. Mon approche s'inscrit dans une compréhension globale du fonctionnement humain. Les avancées récentes en psychotraumatologie nous montrent que le traumatisme ne réside pas uniquement dans les souvenirs ou dans les pensées conscientes. Il s'inscrit également dans le système nerveux, citons S.borges dans notre actualité ou Janet (18eme siècle et la sidération par exemple), dans les réactions automatiques du corps, dans les schémas relationnels et dans les mécanismes d'adaptation développés au fil du temps.

C'est pourquoi mon travail vise à accompagner la personne dans toutes les dimensions de son expérience, émotionnelle, cognitive, corporelle et relationnelle et surtout en lecture du Langage Corporelle plus finement. L'objectif n'est pas simplement de comprendre ce qui s'est produit, mais de permettre au système nerveux de retrouver progressivement un sentiment de sécurité, de stabilité et de liberté. L'accompagnement du psychotraumatisme nécessite une approche à la fois rigoureuse et profondément humaine. Chaque histoire est unique et il ne s'agit jamais d'effacer le passé mais d'aider la personne à ne plus être prisonnière de ce qu'elle a vécu.

Accompagner le psychotraumatisme, c'est finalement accompagner une personne dans la reconquête de son espace intérieur. C'est l'aider à passer d'un état de survie à un état de présence. C'est permettre au corps et à l'esprit de retrouver progressivement leur capacité naturelle d'adaptation, de résilience et de mouvement.

# PORTRAIT



*David Laurençon*

Psychotraumatologue  
Hypnothérapeute  
Thérapies cognitives & EMDR

# Les différents types de trauma

Le traumatisme n'a pas qu'un seul visage. Il ne se manifeste pas toujours par une explosion spectaculaire dans la vie d'une personne. Parfois, il s'insinue lentement, goutte après goutte, jusqu'à modifier en profondeur la façon de penser, de ressentir, d'habiter son corps et de se relier aux autres. La psychotraumatologie ne parle pas seulement de ce qui est arrivé, mais de ce que l'événement a fait au système nerveux, à la mémoire, à l'identité.

Le Trouble de Stress Post-Traumatique, ou TSPT, est la forme la plus connue. Il survient le plus souvent après un événement unique, brutal, où la vie ou l'intégrité ont été menacées. Le cerveau, submergé par la peur, n'a pas pu traiter l'information normalement. La mémoire de l'événement reste alors stockée dans les circuits émotionnels, non intégrée, comme une alarme bloquée en position « danger ». Les souvenirs reviennent sans prévenir, sous forme d'images, de sensations, de cauchemars, de flashbacks. Le corps sursaute, le cœur s'emballe, la respiration se bloque. Même des années plus tard, la personne réagit comme si la scène se reproduisait ici et maintenant.

Le TSPT complexe raconte une autre histoire. Il ne naît pas d'un seul choc, mais de traumatismes répétés, souvent vécus dans des contextes où il était impossible de fuir ou de se protéger : l'enfance maltraitée, les violences intrafamiliales, l'emprise, la négligence affective, les humiliations chroniques. Ce ne sont pas seulement les souvenirs qui sont blessés, mais la construction même de la personnalité. La personne peut ne plus savoir qui elle est, douter de sa valeur, vivre dans une honte diffuse, une peur permanente, une instabilité émotionnelle qui semble inexplicable. Le trauma est devenu un climat intérieur, une manière d'être au monde.



[www.lacliniquedupsychotrauma.fr](http://www.lacliniquedupsychotrauma.fr)



À côté de ces formes directes existe une souffrance encore plus silencieuse : le trauma vicariant. Il touche celles et ceux qui, par leur métier ou leur engagement, sont exposés à la détresse des autres. Soignants, psychologues, travailleurs sociaux, secouristes, policiers, humanitaires, thérapeutes, journalistes parfois, portent dans leur propre système nerveux les fragments de récits, d'images et d'horreurs qu'ils ont recueillis. À force d'écouter, de voir, de contenir, leur cerveau finit par réagir comme s'il avait lui-même vécu les traumatismes. Fatigue émotionnelle, détachement, troubles du sommeil, irritabilité, perte de sens : le prix invisible de l'empathie.

Qu'il soit simple, complexe ou vicariant, le traumatisme n'est jamais une faiblesse. Il est la trace laissée par un système nerveux qui a tenté de survivre à l'insupportable. Comprendre ces différentes formes de trauma, c'est cesser de juger les symptômes pour commencer à entendre ce qu'ils racontent. C'est aussi ouvrir la voie à des soins plus justes, plus humains, et réellement réparateurs.



## 1 Trauma aigu

Stress aigu & mémoire traumatique >>>> LIMITÉS



- Éviter l'installation du TSPT
- Réduire le stress aigu
- Prévenir les effets secondaires

## 3 Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe (TSPT-C)

Protocole structuré & 3 phases: →

- 1 Stabilisation >>>>
- 2 Désensibilisation >>>
- 3 Intégration >>>>>

Traumas multiples anciens, répétés ou prolongés



- Déréglement neurobiologique profond
- Conséquences psychiques et relationnelles

## 2 Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT)



Symptômes persistants > 1 mois

Thérapie de désensibilisation (DTMA-H par ex.)

- Retraitement de la mémoire traumatique
- Diminution des symptômes durables

## 4 Trauma vicariant



Professionnels exposés aux traumas graves →

1 Prévention & Sensibilisation

2 Désensibilisation



Suivi thérapeutique régulier

- Stress chronique limité
- Prévention de l'épuisement



Retrouvez-nous sur Facebook



Déjà près de 15 000 followers sur le groupe FB "*Psychotraumatismes & TSPT*". Wow !

Merci à tous pour votre intérêt et votre participation à ce groupe dédié aux psychotraumatismes et au TSPT.

Il appartient à chacun de le faire vivre, de partager vos expériences de vie, vos phases up comme vos phases down, de partager vos tips ou de demander des conseils... Si vous êtes praticiens vos connaissances et vos conseils sont également les bienvenus pour informer, encourager, soutenir...

Un groupe thématique de partage, dans le respect de chacun et la bienveillance de tous, n'a d'intérêt que si chacun apporte sa pierre à l'édifice.

Alors ensemble continuons à faire vivre et grandir ce groupe.

## SOIGNANTS, POMPIERS, FORCES DE L'ORDRE, MILITAIRES : LE TRAUMA VICARIANT N'EST PAS UNE FATALITÉ

On parle beaucoup du Trouble de Stress Post-Traumatique.  
On parle moins du trauma vicariant.

Pourtant, il touche quotidiennement des milliers de professionnels de terrain : pompiers, policiers, gendarmes, militaires, urgentistes, infirmiers, médecins, psychologues, travailleurs sociaux...

Tous ceux qui, jour après jour, sont confrontés à la souffrance humaine.

Contrairement au TSPT classique, le trauma vicariant ne survient pas forcément après un événement unique.

Il s'installe progressivement : une intervention difficile, puis une autre, puis encore une autre...

Un suicide. Un enfant décédé. Un accident de la route.

Une agression. Une catastrophe. Une famille en détresse...

Au début, on encaisse.

Puis le cerveau commence à stocker.

Encore. Et encore. Jusqu'à ce que cette accumulation finisse par saturer les capacités naturelles d'intégration émotionnelle.

Sur le plan neurobiologique, ce phénomène correspond à une surcharge progressive des systèmes impliqués dans la mémoire émotionnelle, l'attention et la gestion du stress.

Le cerveau reste plus vigilant. Le système nerveux s'épuise. L'organisme produit davantage d'hormones de stress. Le sommeil devient moins réparateur. L'équilibre émotionnel se fragilise.

Et progressivement apparaissent : des cauchemars, des images intrusives, une hypervigilance permanente, une irritabilité inhabituelle, des accès de colère, une fatigue chronique, un détachement émotionnel, une perte de sens, parfois même une perte de plaisir à vivre.

Le plus dangereux ?

C'est que ces symptômes sont souvent considérés comme "normaux". Parce que dans ces métiers, tenir est devenu une habitude. Alors on continue. Jusqu'au jour où le système craque.

À la **Clinique du Psychotrauma**, nous savons qu'aucune prise en charge sérieuse ne peut commencer sans comprendre précisément ce qui se passe.

C'est pourquoi nous avons développé un bilan psychotraumatologique complet permettant d'évaluer : la nature exacte des symptômes, leur origine, leur intensité, les mécanismes neurobiologiques impliqués, les facteurs de maintien, les ressources disponibles pour la reconstruction.

Car un trauma vicariant ne se traite pas forcément comme un TSPT classique.

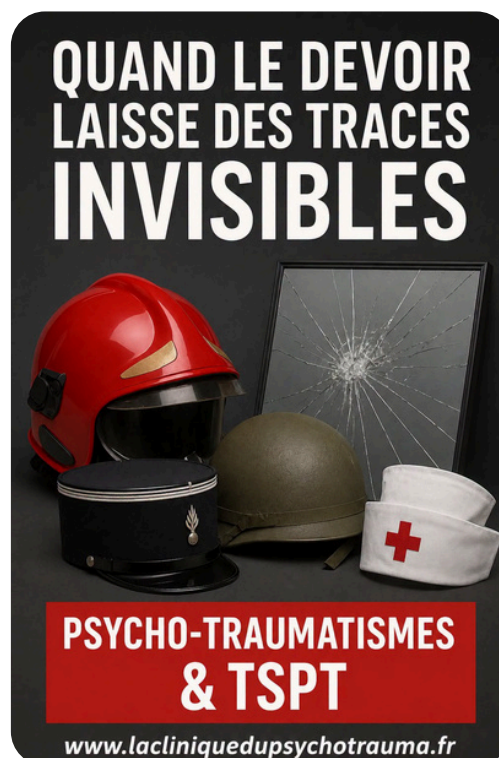
Et toutes les souffrances ne relèvent pas des mêmes approches thérapeutiques.

Le diagnostic précède toujours le traitement. Comprendre avant d'agir. Apaiser avant de traiter. Reconstruire ensuite.

Le trauma vicariant n'est pas une faiblesse. C'est une conséquence humaine d'une exposition répétée à l'inhumain. Et plus il est identifié tôt, plus il est possible d'éviter qu'il ne s'installe durablement.

**N'attendez pas que votre corps ou votre esprit tirent le signal d'alarme.**

Prenez rendez-vous avec un psychotraumatologue.



# **Psychotraumatismes et dérives : Quand la souffrance devient une proie**

Troubles du sommeil causés par des « entités » maléfiques. Contacts avec des extraterrestres présentés comme une explication aux reviviscences. Guides spirituels autoproclamés promettant la guérison par des rituels énergétiques. Ces récits peuvent sembler anecdotiques. Ils ne le sont pas. Dans le champ du psychotraumatisme, ils illustrent une réalité préoccupante : la vulnérabilité des personnes en souffrance face aux discours alternatifs qui, sous couvert de bienveillance, peuvent aggraver ce qu'ils prétendent soigner.

## **Quand la détresse cherche une porte de sortie**

Un trouble du stress post-traumatique, c'est une souffrance qui résiste. Les cauchemars reviennent. Les flashbacks surgissent sans prévenir. Le corps reste en alerte permanente. Lorsque les explications médicales tardent, lorsque l'accès aux soins spécialisés est difficile, lorsque la personne se sent incomprise par son entourage ou les institutions — il n'est pas surprenant qu'elle finisse par chercher des réponses ailleurs.

C'est précisément dans cet espace de vulnérabilité que s'engouffrent certaines approches qui mêlent langage spirituel, promesses de libération et explications ésotériques des symptômes traumatiques. Le problème n'est pas la croyance en elle-même. C'est ce qu'elle fait à une personne déjà fragilisée lorsqu'elle se substitue à un soin adapté.

## **Des explications qui aggravent ce qu'elles prétendent guérir**

Dire à quelqu'un que ses troubles du sommeil sont causés par des agressions d'entités, c'est renforcer sa peur là où il faudrait la réduire. Lui expliquer ses dissociations par des contacts extraterrestres, c'est alimenter la confusion là où la clarté serait thérapeutique. Lui présenter un interlocuteur comme un guide exceptionnel doté de pouvoirs particuliers, c'est recréer exactement le déséquilibre de pouvoir qui caractérise souvent la situation traumatique originelle.

Ces discours ne sont pas neutres. Ils peuvent retarder une prise en charge adaptée, isoler davantage la personne de son entourage, renforcer des mécanismes dissociatifs déjà présents, et dans certains cas, ouvrir la voie à des formes d'emprise psychologique particulièrement graves.

## **Ce que repose une prise en charge sérieuse**

Une approche clinique rigoureuse du psychotraumatisme ne promet pas de miracles. Elle s'appuie sur une évaluation précise de la situation, des méthodes thérapeutiques validées scientifiquement, et un accompagnement qui respecte la réalité vécue par la personne — sans l'en déconnecter davantage.

Cela ne signifie pas que les croyances personnelles n'ont pas leur place dans le processus de rétablissement. La spiritualité, le sens que chacun donne à ce qu'il a traversé, les ressources culturelles ou religieuses peuvent constituer des appuis précieux. Mais ils ne remplacent pas un suivi clinique lorsque la souffrance psychique est significative. Ils peuvent l'accompagner — pas s'y substituer.

## **Choisir à qui l'on confie son histoire**

La question du choix du thérapeute ou de l'intervenant est centrale. Une personne traumatisée est, par définition, dans un état de vulnérabilité accrue. Elle mérite un cadre sécurisant, une formation sérieuse, une éthique claire. Quelques repères utiles : un professionnel sérieux ne promet pas de guérison rapide, ne se présente pas comme détenteur d'un savoir exceptionnel, ne coupe pas la personne de ses proches, et reste ancré dans une compréhension clinique de ce que vivent ses patients.

Face à une souffrance réelle, le discernement n'est pas un luxe. C'est une protection.

La guérison d'un traumatisme est un chemin exigeant, qui demande du temps, de la rigueur et un accompagnement compétent. Les raccourcis qui promettent l'inverse méritent, au minimum, d'être questionnés.

# La cure post-traumatique pour soulager les symptômes du Trouble de Stress Post-Traumatique

Il existe des souffrances qui ne se traitent pas uniquement en cabinet, en une heure par semaine, entre deux contraintes du quotidien. Le Trouble de Stress Post-Traumatique, et plus encore dans ses formes complexes, impose souvent une réalité clinique plus exigeante : celle d'un système nerveux saturé, d'un corps en alerte permanente, et d'une psyché fragmentée qui ne parvient plus à trouver d'espace de repos. Dans ces conditions, la prise en charge classique, bien qu'indispensable, montre parfois ses limites. Elle se heurte au manque de continuité, à l'environnement du patient qui reste inchangé, et à l'impossibilité de mobiliser en profondeur les mécanismes de régulation et de retraitement du trauma.



C'est précisément de ce constat qu'est née une approche innovante : **la cure post-traumatique immersive.**

Pensée comme une rupture thérapeutique avec le quotidien, cette cure propose un cadre contenant, structuré et sécurisant, permettant au patient de se consacrer pleinement à sa reconstruction. Pendant plusieurs jours, l'accompagnement devient intensif, cohérent et global. Il ne s'agit plus seulement de parler du trauma, mais de le traiter activement, tout en soutenant simultanément le corps, le système nerveux et les ressources psychiques. La désensibilisation des mémoires traumatiques s'intègre dans un programme plus large, associant soins psychotraumatologiques spécialisés, régulation neurophysiologique et approches corporelles ciblées. Ce changement de paradigme est essentiel : il permet de sortir d'une logique fragmentée pour entrer dans une dynamique thérapeutique continue, où chaque intervention renforce la suivante.

L'intérêt majeur de cette approche réside dans son caractère intensif et intégré. En concentrant sur une période courte un ensemble d'interventions habituellement dispersées sur plusieurs mois, la cure favorise une activation thérapeutique profonde, tout en respectant le rythme du patient grâce à des temps de récupération adaptés. Le corps, souvent négligé dans les prises en charge traditionnelles, retrouve ici une place centrale. Car le trauma ne se loge pas uniquement dans la mémoire : il s'inscrit dans les tissus, dans le système nerveux autonome, dans les rythmes biologiques. Agir simultanément sur ces différentes dimensions permet de restaurer des capacités d'autorégulation souvent altérées depuis des années.

Au-delà de son intensité, cette cure se distingue par la qualité de son environnement thérapeutique. En extrayant temporairement la personne de son contexte habituel — parfois lui-même traumatique ou insécurisant — elle crée les conditions d'une véritable mise à distance, indispensable au processus de transformation. Le cadre apaisant, la prise en charge globale, l'alternance entre travail thérapeutique et récupération favorisent un relâchement progressif des défenses, condition nécessaire à tout travail en profondeur. Le patient ne lutte plus pour survivre à son quotidien : il peut enfin mobiliser son énergie pour se reconstruire.

Cette approche innovante, encore rare à l'échelle européenne, répond à un besoin clinique majeur : proposer une prise en charge adaptée aux formes les plus résistantes et les plus invalidantes du psychotrauma. Elle s'adresse aux patients pour lesquels les symptômes persistent malgré un suivi classique, ou dont la souffrance nécessite une intervention plus contenante, plus intensive, plus globale. Elle ouvre également une perspective nouvelle pour les professionnels, en offrant un cadre thérapeutique cohérent, structuré et profondément humain.

La cure post-traumatique marque ainsi une évolution significative dans le traitement du TSPT. Elle ne remplace pas les approches existantes : elle les prolonge, les amplifie et leur donne un espace d'expression optimal. En redonnant du temps, du cadre et de la continuité au processus thérapeutique, elle permet d'envisager ce qui semblait parfois inaccessible : un apaisement durable des symptômes, et surtout, la possibilité de retrouver une vie qui ne soit plus dictée par le trauma.

LA CLINIQUE DU



**PSYCHOTRAUMA**

STRESS POST-TRAUMATIQUE

# Cure Post-Traumatique

*Pour prendre soin de vous, on s'occupe de tout.*

## La Clinique du Psychotrauma

vous accueille sur l'Île de Ré, dans un environnement naturel d'exception, verdoyant, paisible et profondément ressourçant, pour une cure immersive de 6 jours et 6 nuits spécialement conçue pour soulager efficacement et durablement les symptômes du trouble de stress post-traumatique.

—  Île de Ré – environnement naturel et apaisant —

- ✓ 12 consultations spécialisées
- ✓ Programme de soins corporels sur-mesure
- ✓ Accompagnement personnalisé

[www.lacliniquedupsychotrauma.fr](http://www.lacliniquedupsychotrauma.fr)

## Trauma, sexualité et couple : le corps parle

Par **Éléonore Alexandrakis**  
Psychotraumatologue  
*Thérapie somatique & psychocorporelle*



Il arrive qu'une personne aime profondément son ou sa partenaire mais se raidisse pourtant lorsqu'elle est approchée. Qu'elle désire la tendresse mais redoute le contact. Qu'elle aspire à la paix d'un couple, tout en se sentant menacée par ce que l'amour réclame : se laisser voir, se laisser toucher, s'investir, demeurer là quand le corps voudrait fuir.

Le trauma ne fait pas toujours de bruit. Il ne surgit pas seulement sous la forme d'un souvenir brutal, d'une image qui hante, d'un cauchemar ou d'une crise de panique. Il peut se loger dans une infime crispation, dans un ventre qui se noue, dans un souffle qui reste en suspend. Dans cette manière de sourire alors qu'intérieurement l'on vient de disparaître.

La vie intime révèle cela avec une précision parfois impitoyable. Elle demande une confiance que les mots et parfois même les actions ne suffisent pas à alimenter. Elle engage le corps, le regard, la voix, l'odeur, le rythme, la possibilité d'être rejoint sans être envahi. Elle demande de sentir ce qui est possible et ce qui ne l'est plus. Elle demande aussi cette liberté simple, et pourtant immense, de pouvoir dire oui, dire non, ralentir, changer d'avis.

Or, en cas de trauma, cette liberté peut avoir été abîmée très tôt.

Le corps a parfois appris à obéir avant de comprendre. À plaire pour éviter la colère. À se couper pour ne pas ressentir. À devenir disponible par peur d'être quitté. À contrôler chaque détail pour ne plus être surpris. À disparaître intérieurement pendant que la scène continue. Ce sont des apprentissages de survie. Ils peuvent devenir, des années plus tard, des réflexes dans la sexualité et dans le couple.

Une main posée trop vite, une insistance légère, un silence qui ressemble à une menace, une attente que personne n'a formulée mais que le corps perçoit aussitôt : il n'en faut parfois pas davantage. La personne ne choisit pas de se fermer. Elle se ferme. Elle ne décide pas de se dissocier. Elle s'absente. Le corps prend la décision avant la pensée, parce qu'il connaît d'anciens chemins par coeur.

Alors la sexualité se charge d'énigmes. Le désir peut disparaître sans prévenir. Le plaisir peut rester inaccessible. Le contact peut devenir douloureux, irritant, trop envahissant. Certaines personnes évitent toute intimité. D'autres gardent une sexualité régulière, mais ne l'habitent plus vraiment. Elles répondent, elles accompagnent, elles donnent le change. Puis elles se retrouvent seules avec une fatigue étrange, une honte muette, parfois un dégoût d'elles-mêmes qu'elles ne savent pas bien expliquer.

Dans le couple, ces circonstances blessent les deux.

Celui qui tend les bras peut se sentir rejeté. Il se demande ce qu'il a fait, ce qu'il n'est plus, ce qu'il devrait comprendre. Celui qui se retire peut se sentir coupable, ingrat, défaillant, incapable d'aimer comme il faudrait. La scène se répète : l'un cherche une preuve d'amour, l'autre cherche de l'air. L'un insiste pour rejoindre, l'autre se ferme pour survivre. Chacun parle une langue que l'autre n'a pas apprise ou a oubliée.

C'est pourquoi il est si important de ne pas réduire ces difficultés à une question de libido, de désir ou de communication. Bien sûr, il faut parler. Mais parler ne suffit pas toujours lorsque le corps, lui, continue de se protéger.

Il faut alors apprendre à entendre ce que dit le corps avant qu'il ne crie. Une tension dans la gorge. Un bassin qui se verrouille. Une peau qui se rigidifie. Un regard qui se fixe au plafond. Une envie soudaine de dormir, de fuir, de disparaître...

Ces signes ne sont pas des caprices. Ils racontent une histoire.

Dans les violences sexuelles, les relations d'emprise, les humiliations répétées, les enfances imprévisibles ou les traumas complexes, l'intime peut avoir perdu son innocence. Le corps a retenu qu'être proche pouvait coûter cher. Qu'aimer pouvait exposer. Que désirer pouvait être dangereux. Que refuser pouvait entraîner une punition, une froideur, une menace, un abandon.

Le travail thérapeutique ne consiste pas à pousser une personne vers une sexualité plus ouverte, plus spontanée ou plus conforme à ce que le couple attend. Cela risquerait de répéter, avec des mots plus doux, une ancienne violence : demander au corps de céder encore, de s'adapter encore. Il s'agit plutôt de restaurer une autorité intérieure très concrète.

Sentir avant de répondre. Reconnaître le moment exact où le corps commence à mettre les voiles. Nommer une limite avant qu'elle ne devienne un rempart infranchissable. Découvrir qu'un non n'a pas vocation à être justifié pendant des heures. Vérifier qu'un oui vient bien du dedans, et non de la peur de décevoir ou de perdre. Retrouver la possibilité d'être touché en conscience, sans être possédé, attendu sans être pressé, aimé sans marchandage.

Le couple peut alors devenir un lieu de reconstruction précieux, à condition que la sécurité soit réelle. S'il y a violence, contrainte, emprise ou peur, la priorité n'est pas de travailler l'intimité à deux. La priorité est de protéger. Aucun corps ne peut réapprendre la confiance dans un espace où son consentement reste fragile, négocié ou ignoré.

Mais lorsqu'un lien est suffisamment respectueux, il peut offrir une expérience rare : celle d'être cru. Être cru lorsque le corps dit stop. Être cru même sans longue explication. Être cru dans sa lenteur, dans ses contradictions, dans sa difficulté à savoir. Peu à peu, la relation cesse d'exiger une performance. Elle devient un endroit où le corps vérifie qu'il peut revenir sans danger. C'est là que la sexualité retrouve sa profondeur. Non comme devoir conjugal, ni comme preuve d'amour, ni comme réparation magique, mais comme lieu possible de présence et de vérité.

Après un trauma, le seul fait d'aimer ne suffit pas toujours. Désirer non plus.

Il faut parfois réapprendre les gestes les plus simples : respirer près de l'autre, sentir ses propres limites, ne pas quitter son corps pour préserver le lien.

La guérison intime commence peut-être là : quand le corps découvre qu'il n'a plus besoin de disparaître pour être aimé.

POUR ALLER PLUS LOIN

## Wild & Divine Holistics

Psychotraumatologie, thérapie somatique & psychocorporelle, sexualité, couple et trauma complexe.

Découvrir le site →

wildanddivineholistics.com

Éléonore Alexandrakis

Psychotraumatologue



# Le trauma n'est pas l'événement : pourquoi deux personnes ne vivent jamais la même chose face à un même événement



## Une idée qui dérange

Pendant longtemps, le trauma a été pensé principalement à partir de l'événement lui-même.

Une guerre. Un accident grave. Une agression.

Comme si la violence extérieure suffisait à expliquer la blessure intérieure.

La psychotraumatologie a pourtant largement montré que l'exposition à un événement potentiellement traumatique et le développement d'un trouble psychotraumatique ultérieur ne se confondent pas. La clinique le sait. Les classifications aussi.

Et pourtant, nous continuons souvent de fonctionner comme si l'événement suffisait à définir la suite.

Dans le langage courant, dans les médias. Jusque dans les tribunaux, où la gravité des faits est censée prédire l'ampleur du dommage. C'est cet écart que cet article voudrait interroger.

Parce que certaines personnes traversent des événements objectivement très violents sans développer de syndrome post-traumatique durable. Alors que d'autres restent profondément marquées par des situations que l'entourage juge quelquefois moins graves.

Cette apparente contradiction nous oblige à déplacer le regard.

Le trauma n'est pas l'événement.

Le trauma est ce qui se produit dans la rencontre entre un événement, un corps, une histoire et un sujet.

## L'événement n'est pas le trauma

En psychotraumatologie contemporaine, le trauma ne se définit pas uniquement par la nature de ce qui est arrivé.

Il implique souvent :

- une expérience de menace majeure pour l'intégrité physique, psychique ou relationnelle ;
- un sentiment d'impuissance ;
- une impossibilité momentanée d'agir ;
- une altération des capacités d'intégration de l'expérience

Autrement dit, la question n'est pas seulement :

Qu'est-ce qu'il s'est passé ?

Mais avant tout : Comment cela a-t-il été vécu, traité et intégré ?

Et cette distinction est fondamentale.

Car un événement potentiellement traumatique ne produit pas automatiquement un trouble psychotraumatique.

## Le rôle du corps : quand le danger persiste au-delà du danger

Face à une menace, l'organisme mobilise des mécanismes de survie.

Activation du système nerveux autonome. Augmentation de la fréquence cardiaque.

Libération de cortisol et de catécholamines. Mobilisation attentionnelle et comportementale.

Ces réponses ont une fonction adaptative.

Lorsque le système retrouve progressivement son équilibre, l'expérience peut être intégrée.

Mais il arrive que cette réponse ne s'interrompe pas complètement.

Le danger cesse dans le réel, mais pas toujours dans le corps.

Le système nerveux continue parfois à fonctionner selon une logique de prédiction du danger plutôt que d'évaluation de la sécurité.

Le sujet ne réagit alors plus seulement à ce qui est présent, mais aussi à ce que son organisme anticipe comme pouvant devenir dangereux.

Des travaux en neuro-imagerie décrivent, chez certains sujets traumatisés, des altérations durables du fonctionnement des circuits impliqués dans la détection de la menace, la mémoire émotionnelle et la régulation du stress.

Le trauma apparaît alors moins comme le simple souvenir d'un événement que comme le maintien conjoint d'un état physiologique, émotionnel et parfois relationnel de survie.

### **Pourquoi certains développent un TSPT et d'autres non ?**

Plusieurs facteurs semblent influencer cette bascule :

- l'histoire développementale ;
- les traumatismes antérieurs ;
- les expériences d'attachement ;
- la qualité et la disponibilité de l'environnement après l'événement ;
- les capacités de régulation émotionnelle ;
- le sens attribué à l'événement ;
- l'état neurobiologique au moment de l'exposition.

Le trauma apparaît alors moins comme une mesure objective de gravité que comme une rupture de la capacité d'intégration.

Autrement dit, ce n'est pas nécessairement l'événement qui déborde le sujet, mais l'impossibilité du sujet à intégrer ce qui lui arrive à ce moment précis de son histoire.

### **Le piège clinique : hiérarchiser les souffrances**

Cette idée peut être difficile à accepter, car elle peut donner l'impression que tout se vaut.

Or ce n'est pas le propos.

Dire que le trauma ne dépend pas uniquement de la gravité objective de l'événement ne revient pas à nier cette gravité. Cela rappelle simplement qu'un même événement ne devient pas traumatique de manière universelle, mais peut produire des effets psychiques profondément différents selon la manière dont il rencontre l'histoire, le corps et les ressources du sujet.

Cela signifie que l'on ne peut pas prédire la blessure psychique à partir du seul regard extérieur.

La clinique du trauma demande précisément de renoncer à cette hiérarchie.

Non pour relativiser les événements, mais pour mieux comprendre ce qui fait effraction pour chacun.

### **Conséquences thérapeutiques**

Si le trauma ne se réduit pas à l'événement, le soin ne peut pas consister uniquement à comprendre ou raconter ce qui s'est passé.

Il implique :

- d'explorer ce qui a été vécu ;
- de restaurer des capacités de régulation ;
- de permettre une réintégration progressive de l'expérience ;
- de travailler les manifestations physiologiques persistantes ;
- de redonner au sujet un sentiment d'action là où il n'y avait plus que survie.

Le traitement du trauma ne consiste pas uniquement à revenir sur le passé.

Il consiste aussi, et surtout, à permettre au système de comprendre progressivement que le danger est terminé.

## Conclusion

Le trauma n'est pas un concours de gravité.

Deux personnes, et ce quelles que soient leurs capacités à faire face, peuvent vivre le même événement et ne pas en sortir avec la même histoire.

Parce qu'un événement ne devient traumatique qu'au point où il rencontre une histoire, un corps, un système nerveux et une manière singulière d'être au monde.

C'est sans doute la raison pour laquelle la psychotraumatologie ne peut se contenter d'étudier les événements sans s'intéresser aussi à ceux qui les traversent.

### Références bibliographiques :

- Pierre Janet (1889). L'automatisme psychologique. Judith Herman (1992). Trauma and Recovery.
- Bessel van der Kolk (2014). The Body Keeps the Score. Donald W. Winnicott (1960). The Theory of the Parent-Infant Relationship. Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A Dual Representation Theory of Posttraumatic Stress Disorder.
- Bruce McEwen (1998). Protective and Damaging Effects of Stress Mediators. Rauch, Shin & Phelps (2006). Neurocircuitry Models of Posttraumatic Stress Disorder and Extinction. Biological Psychiatry.
- Stephen Porges (2011). The Polyvagal Theory. Le modèle polyvagal propose une lecture de la régulation autonome du danger ; il reste discuté dans la littérature et doit être lu comme un cadre théorique plutôt que comme un fait établi.

**ON NE SOIGNE PAS  
UNE FRACTURE  
SANS RADIO.**

Le **bilan psychotraumatologique**  
est le point de départ de toute  
prise en charge sérieuse du trauma.

**LA CLINIQUE DU  
PSYCHOTRAUMA**  
STRESS POST-TRAUMATIQUE

**GUIDE CLINIQUE DU PSYCHOTRAUMA**

COMPRENDRE • APAISER • RECONSTRUIRE

[lacliniquedupsychotrauma.fr](http://lacliniquedupsychotrauma.fr)

# Justice et Traumatisme : Quand le chemin vers la réparation rouvre la blessure

Par **Alison Baudouin**  
*Psychotraumatologue*

Se battre pour être reconnu comme victime. Affronter les institutions. Revivre, encore et encore, ce que l'on a subi. Pour de nombreuses personnes ayant vécu des violences, le parcours judiciaire ne représente pas seulement une démarche administrative — il constitue une épreuve psychique à part entière, parfois aussi douloureuse que les événements eux-mêmes.



## **Chaque étape, un stimulus de trop**

Déposer plainte. Être entendu par un officier de police judiciaire. Passer une expertise médicale ou psychiatrique. Faire face à son agresseur lors d'une confrontation. Attendre une audience. Pour une personne souffrant d'un trouble du stress post-traumatique, chacune de ces étapes n'est pas seulement une formalité procédurale — c'est un plongeon forcé dans la mémoire traumatique.

Le cerveau traumatisé ne distingue pas toujours le souvenir de la réalité. Évoquer les faits en détail, dans un contexte institutionnel froid et codifié, peut suffire à déclencher une réactivation traumatique complète : reviviscences intenses, cauchemars, hypervigilance, crises d'angoisse, troubles du sommeil, difficultés de concentration, voire phénomènes dissociatifs. Ce que la victime vit alors n'est pas une faiblesse — c'est la réponse neurobiologique d'un système nerveux encore en état d'alerte.

## **Quand l'absence de réponse judiciaire blesse à nouveau**

Le risque ne s'arrête pas aux audiences. Dans de nombreux cas, c'est l'issue même de la procédure qui inflige une nouvelle blessure. Un classement sans suite, une décision incomprise, une procédure qui s'enlise — autant de signaux que le système peut envoyer, sans en mesurer les conséquences psychiques.

Pour une personne déjà fragilisée par un traumatisme, ne pas être cru par la justice ne revient pas seulement à perdre un procès. Cela peut venir confirmer, de manière institutionnelle, un sentiment d'impuissance et d'injustice déjà profondément ancré. Une forme de victimisation secondaire, silencieuse mais réelle, que les professionnels du psychotraumatisme observent régulièrement dans leur pratique.

## **Tenir sur la durée : le rôle de l'accompagnement psychotraumatique**

Face à ce que certains spécialistes appellent le « marathon judiciaire », l'accompagnement thérapeutique spécialisé joue un rôle fondamental — non pas pour accélérer la procédure, mais pour permettre à la personne de la traverser sans s'y perdre.

Comprendre pourquoi certaines étapes du parcours déclenchent des réactivations. Identifier les signes avant-coureurs d'une décompensation. Développer des stratégies de régulation du système nerveux entre les audiences. Maintenir un ancrage dans le présent malgré les rappels constants du passé. C'est ce travail discret, souvent invisible, que réalise le psychotraumatologue aux côtés de la victime tout au long de la procédure.

Car l'enjeu n'est pas seulement d'obtenir justice. C'est aussi, et peut-être surtout, de préserver l'équilibre psychique de la personne jusqu'à ce que cette justice soit rendue — et parfois, de l'aider à survivre à l'éventualité qu'elle ne le soit pas.

Le droit à la justice ne devrait pas avoir pour contrepartie l'aggravation d'une blessure. Accompagner les victimes tout au long du parcours judiciaire n'est pas un luxe thérapeutique. C'est une nécessité médicale.

## COMPRENDRE LE PSYCHOTRAUMATISME POUR REPRENDRE LE POUVOIR SUR SOI

### La Réalité d'un Traumatisme Clinique

Pour bien saisir la nature de la blessure psychique, il faut d'abord distinguer l'accident de parcours de l'immersion toxique.

De simple à complexe: une expérience vécue ou une pathologie survécue ?

**Le traumatisme simple** se manifeste comme une rupture brutale dans le fil d'une existence jusqu'alors prévisible. C'est l'onde de choc provoquée par un événement unique, soudain et identifiable.

Imaginons un conducteur dont la voiture est percutée de plein fouet sur l'autoroute : dans cet instant de métal froissé, son système nerveux est littéralement submergé par une intensité qu'il ne peut traiter.

- L'événement possède pourtant un avant et un après ; il reste une cicatrice précise dans le temps, laissant derrière lui une mémoire souvent vive, comme un cliché photographique que l'on ne peut oublier.

À l'opposé, **le traumatisme complexe** ne surgit pas d'un éclair, mais s'installe comme un hiver permanent. Il est le fruit d'une exposition répétée, souvent sur des années, à un environnement insécurisant ou violent.

C'est l'histoire d'un enfant qui grandit dans une maison où l'humeur d'un parent est une météo imprévisible et menaçante, ou celle d'un partenaire subissant une emprise psychologique quotidienne.

Par **David Laurençon**  
Psychotraumatologue



- Ici, la blessure ne concerne plus seulement ce que l'individu a vécu, mais ce qu'il est devenu pour survivre. Ce climat d'érosion lente impacte les fondations mêmes de la psyché : l'estime de soi s'étiole, le rapport aux autres devient une source de menace constante, et le cerveau adopte des mécanismes de défense chroniques.

- Pour cet enfant devenu adulte, l'hypervigilance n'est plus une réaction à un danger passé, mais une manière d'être au monde, une armure devenue peau.

# L'hypervigilance n'est pas un défaut de caractère

Par **David Laurençon**  
*Psychotraumatologue*

« Tu penses trop », « Tu es trop sur la défensive », « Relâche un peu la pression ». Ces phrases, les personnes hypervigilantes les entendent en boucle. Pourtant, ce qui est fréquemment perçu par l'entourage, et parfois par la personne elle-même, comme un trait de caractère difficile, une rigidité ou une anxiété chronique, n'a rien d'un choix ou d'un défaut de fabrication.



L'hypervigilance est souvent mal comprise. Elle est parfois perçue comme une tendance à « trop réfléchir », à s'inquiéter excessivement ou à voir des dangers là où il n'y en a pas. Pour autant, d'un point de vue clinique, l'hypervigilance n'est pas un trait de personnalité défailant, ni un manque de volonté, ni un manque de détermination. Elle constitue avant tout une adaptation neurophysiologique développée face à un environnement perçu comme menaçant.

Chez les personnes ayant vécu un psychotraumatisme simple, comme un accident, une agression, une catastrophe ou un événement brutal isolé, le système nerveux peut rester mobilisé bien après la disparition du danger. Le cerveau continue alors à scanner l'environnement à la recherche des signaux intéroceptifs de menace afin d'éviter qu'un événement similaire ne se reproduise.

Dans le cadre d'un psychotraumatisme développemental, les mécanismes sont souvent plus profonds encore. Lorsque l'insécurité, l'imprévisibilité, les ruptures relationnelles, les carences affectives ou certaines formes de violence se répètent durant l'enfance, l'enfant apprend progressivement que le monde n'est pas totalement sûr et que la sécurité relationnelle n'est pas garantie. Son système nerveux s'organise alors autour de la survie plutôt que du sentiment de sécurité.

Cette adaptation peut se manifester à l'âge adulte par une vigilance constante, des difficultés à faire confiance, un besoin important de contrôle, une forte sensibilité au rejet, des ruminations, une anticipation excessive des problèmes ou encore une fatigue psychique chronique. Dans le fond, derrière ces comportements se cache souvent un cerveau qui tente de prévenir la souffrance avant même qu'elle n'apparaisse.

L'hypervigilance s'accompagne également de stratégies de coping destinées à maintenir un sentiment de sécurité. Certaines personnes deviennent hyperperformantes, voire même dissociantes, perfectionnistes ou excessivement autonomes. D'autres développent une hypersensibilité émotionnelle ou relationnelle afin de détecter rapidement les changements dans leur environnement. Ces stratégies ne sont pas des faiblesses et elles représentent les meilleures réponses que le système nerveux a trouvées pour s'adapter à des contextes de vie insécures et ambivalents, voire désorganisés pour les affects neuroceptifs.

Sur le plan neurobiologique, l'hypervigilance témoigne souvent d'une fenêtre de tolérance réduite. Le système nerveux oscille plus facilement entre l'hyperactivation (anxiété, agitation, tension) et l'hypoactivation (épuisement, retrait, sidération). Ce fonctionnement n'est pas le signe d'un manque de contrôle personnel, mais la conséquence d'une adaptation prolongée aux expériences de menace ou d'insécurité...

# Sur la P.I.S.T.E. des traumatismes



Par **Alison Baudouin**  
Psychotraumatologue

## Pour venir en aide aux victimes de psychotraumatismes

Toute personne ayant suivi une formation aux premiers secours connaît le P.A.S. : Protéger – Alerter – Secourir. Ce triptyque salvateur structure l'intervention d'urgence face aux détresses physiques : hémorragie, arrêt cardiaque, brûlure, fracture. Les gestes sont codifiés, répétés, automatisés. Chaque secouriste sait qu'en cas d'accident, il faut d'abord mettre la victime à l'abri du danger, appeler les secours, puis prodiguer les gestes de premiers secours en attendant l'arrivée des professionnels.

Mais que faire lorsque la blessure n'est pas visible ?

Que faire face à cette femme qui vient d'échapper de justesse à un accident de la route et qui reste figée sur le bas-côté, le regard vide, incapable de répondre aux questions, tremblant de tout son corps sans pouvoir s'arrêter ?

Que faire face à cet homme qui vient de subir une agression violente et qui répète en boucle les mêmes mots, déconnecté du présent, prisonnier d'une réalité qui n'existe plus mais qui continue de se rejouer dans son esprit ? Que faire face à cet enfant qui, après avoir assisté à une scène traumatisante, ne pleure pas, ne parle pas, mais se balance d'avant en arrière, ailleurs, inaccessible ?

Face au choc émotionnel aigu, face à la sidération psychique, face à la dissociation traumatique, le P.A.S. classique trouve ses limites. On peut bien protéger la personne du danger physique, alerter les secours médicaux, mais comment secourir un psychisme disloqué ? Comment stabiliser une personne dont le corps est intact mais dont le monde intérieur s'est effondré ?

## L'angle mort du secourisme traditionnel

Les formations de premiers secours, aussi complètes soient-elles, enseignent admirablement à gérer les urgences somatiques. Elles apprennent à poser un garrot, à pratiquer un massage cardiaque, à placer une victime en position latérale de sécurité. Mais elles restent largement silencieuses sur le choc psychologique.

Au mieux, on apprend à "rassurer la victime", à "lui parler calmement", à "rester présent". Ce sont des intentions louables mais désespérément floues. Concrètement, que dit-on ? Que fait-on ? Comment distingue-t-on une détresse psychologique normale d'une dissociation pathologique ? À quel moment faut-il s'inquiéter ? Quels gestes simples peuvent stabiliser un système nerveux en déroute ?

Ces questions restent sans réponse dans la plupart des cursus de secourisme. Résultat : face à une personne en état de choc émotionnel, même un secouriste expérimenté se retrouve démuni, réduit à des tentatives maladroitement de réconfort qui, parfois, peuvent même aggraver la situation.

Or, les statistiques sont implacables : dans la majorité des situations d'urgence — accidents, catastrophes, agressions —, la détresse psychologique précède, accompagne ou dépasse la détresse physique. Une personne peut sortir physiquement indemne d'un accident de voiture mais développer un trouble de stress post-traumatique (TSPT) invalidant si le choc émotionnel n'est pas géré dans les premières heures. Un témoin d'attentat peut n'avoir aucune blessure corporelle mais porter pendant des années les séquelles d'un trauma non stabilisé à temps.

Le secourisme psychologique n'est pas un luxe — c'est une nécessité.

## **La double paralysie du trauma : corps figé, voix éteinte**

Ce que les neurosciences du trauma nous enseignent aujourd'hui, c'est que le choc psychologique ne se loge pas seulement dans les pensées ou les émotions — il s'inscrit dans le corps. Le système nerveux de la personne traumatisée bascule en mode survie archaïque : figement (freeze), dissociation, paralysie tonique.

Cette paralysie est double :

La paralysie motrice : Le corps se fige, refuse de bouger, reste en tension statique comme pris dans le ciment. Les jambes ne répondent plus, les bras pendent inertes, le tronc s'effondre. C'est la réponse évolutive de l'animal qui fait le mort face au prédateur — sauf qu'ici, le danger est passé mais le corps reste coincé dans cette posture de survie.

La paralysie verbale : La voix s'éteint, se coince dans la gorge. Les mots ne sortent pas ou sortent hachés, mécaniques, déconnectés de toute émotion. Certaines victimes restent mutiques, d'autres murmurent à peine, d'autres encore répètent en boucle les mêmes phrases comme des automates. La capacité à nommer, à raconter, à donner du sens par la parole — fonction humaine par excellence — se trouve suspendue.

Or, tant que le corps reste figé et la voix éteinte, le trauma ne peut pas se résorber. L'énergie de survie mobilisée reste emprisonnée dans les tissus musculaires, dans le système nerveux. Le récit traumatique tourne en boucle dans les circuits limbiques sans pouvoir être conscientisé, verbalisé, intégré.

C'est là que les approches traditionnelles de "réconfort passif" montrent leurs limites. Dire à quelqu'un "calmez-vous" ou "tout va bien maintenant" ne suffit pas. Le système nerveux traumatisé n'entend pas les mots apaisants — il ne répond qu'aux signaux corporels et vocaux qui prouvent que le danger est terminé.

## **Naissance de la P.I.S.T.E. : Un protocole d'urgence qui fait parler et bouger**

Face à ce vide, face à cette urgence non reconnue, nous proposons un protocole simple, mémorisable, applicable par tout citoyen, formé ou non aux premiers secours : la P.I.S.T.E.

**P** comme Protéger

**I** comme Isoler

**S** comme Sécuriser

**T** comme Traiter

**E** comme Encadrer

Ce protocole s'inspire du P.A.S. dans sa structure — un acronyme facile à retenir, une séquence d'actions ordonnées — mais il l'adapte spécifiquement aux urgences psychotraumatiques. Il intègre les avancées de la neurobiologie du trauma, les techniques d'intervention de crise, et les méthodes somatiques de stabilisation, tout en restant accessible au grand public.

Ce qui distingue fondamentalement la P.I.S.T.E. des protocoles de réconfort classiques, c'est qu'elle repose sur deux piliers thérapeutiques actifs :

### **Premier pilier : Faire parler à voix haute**

Le protocole P.I.S.T.E. ne se contente pas de parler à la personne traumatisée — il la fait parler. Non pas raconter son trauma (ce serait contre-productif en phase aiguë), mais nommer à voix haute sa réalité présente.

"Dites à voix haute : 'Je suis ici, je suis en sécurité.'"

"Nommez ce que vous voyez autour de vous."

"Dites-moi votre prénom, nous sommes quel jour ?"

Cette verbalisation active n'est pas anodine. Elle réactive le cortex préfrontal, zone du contrôle conscient, et force une reconnexion entre le corps dissocié et la conscience. Dire les choses à voix haute, c'est les faire exister dans l'espace partagé avec le secouriste. C'est sortir du théâtre intérieur où se rejoue le trauma pour revenir dans le monde réel, celui où l'on parle, où l'on échange, où l'on existe comme sujet.

La voix qui résonne dans l'air est une preuve acoustique de présence. "Je parle, donc je suis vivant. J'entends ma propre voix, donc je ne suis plus seul dans le cauchemar."

### **Deuxième pilier : Faire passer à l'action**

Le protocole P.I.S.T.E. ne laisse pas la personne traumatisée immobile. Il la met en mouvement, progressivement, doucement, mais délibérément.

"Serrez vos poings... Maintenant ouvrez vos mains."

"Levons-nous ensemble, lentement."

"Marchez avec moi, juste quelques pas."

"Poussez contre ce mur, fort, sentez votre force."

Ces micro-actions ne sont pas de simples distractions. Elles réactivent l'agentivité — le sentiment d'être capable d'agir sur le monde. Elles permettent au système nerveux de décharger l'énergie de survie restée bloquée. Elles restaurent la boucle sensori-motrice : "Je décide de bouger → mon corps obéit → je constate que j'ai le contrôle." Le trauma installe l'impuissance ("je n'ai rien pu faire"). L'action restaure la puissance ("maintenant je peux agir"). Cette bascule est neurobiologiquement fondamentale.

### **La synergie voix-action : Le cœur battant de la P.I.S.T.E.**

Mais le véritable pouvoir du protocole P.I.S.T.E. réside dans la combinaison simultanée de ces deux piliers. Faire parler ET faire bouger. En même temps. De manière coordonnée.

"Pendant que vous marchez, dites à voix haute ce que vous ressentez dans vos pieds."

"Poussez contre ce mur et criez : 'Je suis fort !'"

"En vous levant, dites : 'Je me relève.'"

Cette double activation — verbale et motrice — crée une synergie thérapeutique que ni la parole seule ni l'action seule ne peuvent produire. Le cerveau traumatisé, fragmenté, commence à se réunifier. La voix donne sens à l'action. L'action donne force à la voix. Le sujet redevient un être incarné et parlant, non plus un fantôme dissocié.

La P.I.S.T.E. n'est pas une thérapie — c'est une réanimation

La P.I.S.T.E. ne prétend pas remplacer le travail en profondeur qui sera nécessaire ultérieurement avec un psychotraumatologue. Elle n'est pas une psychothérapie. Elle est une réanimation psychologique d'urgence. Tout comme le massage cardiaque relance un cœur arrêté en attendant les secours médicaux, la P.I.S.T.E. relance un psychisme figé en attendant la prise en charge spécialisée.

Tout comme le bouche-à-bouche fait circuler l'oxygène dans des poumons paralysés, la P.I.S.T.E. fait circuler la parole et le mouvement dans un corps-esprit paralysé.

Elle vise à :

Prévenir l'aggravation du choc psychologique et la cristallisation traumatique

Stabiliser le système nerveux pour sortir du mode survie

Réactiver les fonctions verbales et motrices suspendues

Limiter le risque de développement d'un TSPT

Créer les conditions optimales pour qu'une prise en charge spécialisée puisse ensuite s'installer efficacement

### **Un protocole en cinq temps**

Chaque lettre de la P.I.S.T.E. correspond à une phase d'intervention avec des objectifs précis, des actions concrètes, et des repères cliniques pour évaluer l'efficacité.

**Protéger** : Comme dans le PAS classique, mais en élargissant la notion de protection au-delà du danger physique. Il s'agit de protéger la personne de toute sur-stimulation traumatique (regards, questions intrusives, exposition au lieu du trauma). On fait déjà parler minimalement : "Pouvez-vous me dire votre nom ?" On fait déjà bouger minimalement : "Venez avec moi, on s'éloigne."

**Isoler** : Créer un espace de contenance où la personne peut commencer à se reconstituer à l'abri du chaos environnant, de la scène terrorisante et du regard des autres. L'isolement n'est pas un abandon — c'est une bulle thérapeutique. On commence à structurer la parole : "Dites-moi ce qui vous fait le plus peur en ce moment." On initie des actions d'ancrage : "Asseyez-vous ici, sentez la chaise sous vous."

**Sécuriser** : Rétablir le sentiment de sécurité au niveau corporel et psychique. Activer les signaux neurobiologiques qui disent au cerveau reptilien : "Le danger est passé." On fait répéter à voix haute : "C'est terminé, je suis en sécurité maintenant." On fait bouger pour ancrer : "Tapez vos pieds au sol, sentez que vous êtes stable."

**Traiter** : C'est le cœur actif du protocole. On applique intensivement les techniques voix-action pour désactiver les mécanismes de figement et de dissociation. On fait parler en marchant, pousser en vocalisant, nommer en bougeant. On fait répéter « c'est terminé, je suis en sécurité maintenant ». C'est la phase de réanimation psychomotrice proprement dite. La phase Traiter doit durer suffisamment longtemps — généralement entre 30 minutes et 1 heure — pour permettre une véritable sortie du figement neurobiologique. Une intervention trop brève expose à une rechute dissociative, une intervention trop prolongée risque l'épuisement. Ce n'est pas le temps qui compte, mais le retour observable des capacités motrices, verbales et attentionnelles. Si la sidération ou la dissociation durent plus de 1 heure, une prise en charge médicale spécialisée est nécessaire.

On peut considérer que la phase est suffisante quand :

- la personne initie spontanément des mouvements
- la voix est plus posée, moins mécanique
- le regard explore l'environnement, n'est plus dans le vague
- la personne peut répondre sans latence excessive
- la personne peut reformuler : « Je suis ici, maintenant, en sécurité »

**Encadrer** : On ne laisse pas la personne seule dans les premières heures. On fait appel à la famille, aux amis ou aux voisins pour organiser un soutien pendant au moins 48 heures. On organise le relais vers les soins spécialisés et on donne des consignes claires pour les premières heures/jours suivant le trauma. On fait verbaliser les engagements : "Dites à voix haute : 'Je vais consulter un psychotraumatologue dans les 48 heures.'" On prescrit des actions simples : "Chaque fois que vous sentez l'angoisse monter, vous allez marcher quelques minutes en nommant ce que vous voyez." On explique que si des cauchemars ou des flashbacks surviennent c'est un processus normal du cerveau dans les 3 ou 4 premières semaines suivant un traumatisme. On rappelle les numéros d'urgence en cas de besoin ou de survenue d'une crise ultérieure : le numéro du Centre 15 ou d'un psychotraumatologue de garde.

### À qui s'adresse ce protocole ?

La P.I.S.T.E. est conçue pour être utilisée par :

Les secouristes (pompiers, ambulanciers, sauveteurs) qui interviennent sur les lieux d'accidents et de catastrophes et qui, désormais, pourront non seulement stabiliser les corps mais aussi les psychismes.

Les professionnels de première ligne (policiers, gendarmes, agents de sécurité) confrontés à des victimes en détresse et qui sauront comment les faire parler et bouger pour les sortir du choc.

Le personnel soignant (urgentistes, infirmiers) qui reçoivent des patients en état de choc et pourront appliquer une stabilisation psychomotrice avant toute intervention médicale.

Les professionnels de l'éducation et du social (enseignants, éducateurs, travailleurs sociaux) face à des situations traumatiques impliquant enfants ou adultes vulnérables.

Les proches et témoins qui se trouvent auprès d'une personne traumatisée et qui, au lieu de rester impuissants, pourront guider voix et mouvement.

Tout citoyen soucieux d'acquérir les bases du secourisme psychologique, parce qu'un jour, sur un lieu d'accident, dans une rue, dans un lieu public, il pourra faire la différence entre une victime qui reste figée dans son trauma et une victime qui commence à en sortir.

Le protocole ne requiert aucun matériel, aucune compétence psychologique préalable, seulement une présence humaine attentive et le respect de quelques principes fondamentaux : faire parler à voix haute, faire passer à l'action, combiner les deux.

## Ce que la P.I.S.T.E. n'est pas

Pour éviter tout malentendu, précisons clairement les limites :

- La P.I.S.T.E. n'est pas une psychothérapie : Elle ne traite pas le trauma en profondeur, elle stabilise en urgence par la voix et l'action.
- La P.I.S.T.E. ne remplace pas les secours médicaux : En cas de blessure physique, le P.A.S. classique et les « gestes qui sauvent » restent prioritaires. Les deux protocoles peuvent et doivent coexister. On peut appliquer un garrot (P.A.S.) tout en faisant parler la victime à voix haute pour la maintenir consciente et ancrée (P.I.S.T.E.).
- La P.I.S.T.E. ne dispense pas d'un suivi spécialisé : Elle prépare le terrain mais ne suffit pas. Toute personne ayant vécu un événement potentiellement traumatique doit être orientée vers un psychotraumatologue qui pourra au besoin, ultérieurement, utiliser des méthodes comme la DTMA, l'EMDR ou l'ICV pour désensibiliser le psychotraumatisme.

## L'urgence invisible mérite un protocole visible

Le trauma psychique tue rarement dans l'instant — mais il détruit des vies à petit feu. Combien de TSPT auraient pu être évités si, dans les premières heures suivant l'événement, quelqu'un avait su quoi dire, quoi faire dire, quel geste faire accomplir pour stabiliser un psychisme fracturé ?

Combien de suicides différés, de dépressions chroniques, d'addictions compensatoires, de vies brisées prennent leur source dans ces premières heures mal gérées après un trauma, où la personne est restée figée, muette, abandonnée dans son silence et son immobilité ?

Il est temps que le secourisme psychologique cesse d'être le parent pauvre de la formation aux urgences. Il est temps que nous considérions l'état de choc émotionnel avec la même rigueur et le même sérieux que l'arrêt cardiaque ou l'hémorragie.

Il est temps que nous donnions aux secouristes, aux professionnels, aux citoyens, des outils concrets : non pas "parlez gentiment" mais "faites parler à voix haute" ; non pas "restez auprès d'elle" mais "faites-la bouger, même minimalement".

La P.I.S.T.E. est une tentative modeste mais nécessaire de combler ce vide. Elle propose un chemin balisé à ceux qui se retrouvent face à la détresse psychique aiguë et ne savent pas par où commencer.

Parce qu'après le choc, avant que les professionnels n'interviennent, il y a ces minutes cruciales où tout peut basculer — vers la chronicisation du trauma ou vers sa résolution.

Ces minutes-là méritent plus qu'une présence compatissante silencieuse. Elles méritent une présence active qui fait parler et bouger. Elles méritent un protocole structuré qui transforme la bonne volonté en efficacité thérapeutique.

Ces minutes-là, c'est la P.I.S.T.E. à suivre pour venir en aide concrètement et immédiatement aux victimes de psychotraumatismes.

# Trauma développemental et TSPT complexe : deux réalités proches, mais distinctes

Par **Eric Breteau**

*Psychotraumatologue*

Dans le champ de la psychotraumatologie moderne, peu de notions sont aussi fréquemment confondues que celles de trauma développemental et de Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe (TSPT-C). Les deux concepts se recoupent largement. Ils partagent souvent les mêmes origines, les mêmes mécanismes et parfois les mêmes conséquences. Pourtant, ils ne désignent pas la même réalité clinique.

Cette distinction est essentielle, car elle conditionne la compréhension du patient, l'évaluation diagnostique et le choix des stratégies thérapeutiques.



Depuis une vingtaine d'années, les avancées des neurosciences, de la théorie de l'attachement et de la psychotraumatologie ont considérablement enrichi notre compréhension des blessures précoces. Nous savons désormais que certaines expériences vécues pendant l'enfance peuvent altérer profondément le développement du cerveau, du système nerveux, des capacités relationnelles et de la construction identitaire.

Un enfant qui grandit dans un environnement imprévisible, insécurisant, violent, humiliant ou émotionnellement défaillant ne développe pas les mêmes ressources qu'un enfant ayant bénéficié d'un attachement sécurisant et stable. Son cerveau apprend très tôt à survivre plutôt qu'à s'épanouir. Son système nerveux reste en alerte. Son rapport aux autres devient prudent, parfois méfiant. Son image de lui-même se construit autour de la honte, de l'insécurité ou du doute.

C'est précisément ce que l'on appelle aujourd'hui un trauma développemental.

Le trauma développemental ne correspond pas à un événement unique. Il résulte généralement d'une accumulation de micro-traumatismes, de carences affectives ou de situations répétées qui perturbent progressivement le développement de l'enfant. Il s'agit moins d'un choc ponctuel que d'un climat de vie délétère.

Cette réalité peut laisser des traces considérables à l'âge adulte.

Certaines personnes présentent alors une faible estime d'elles-mêmes, une peur du rejet, une dépendance affective importante, des difficultés à poser des limites, un besoin excessif de contrôle, une anxiété chronique ou une hypersensibilité émotionnelle. D'autres développent des comportements d'évitement, des difficultés relationnelles ou une tendance à s'oublier au profit des autres.

Ces manifestations peuvent être profondément invalidantes. Elles peuvent générer une souffrance réelle et durable. Pourtant, elles ne constituent pas nécessairement un Trouble de Stress Post-Traumatique.

C'est ici que la distinction devient fondamentale.

Le TSPT complexe n'est pas seulement une histoire de vie difficile. Il s'agit d'un diagnostic clinique précisément défini par la Classification Internationale des Maladies (CIM-11).

Pour qu'un TSPT complexe puisse être retenu, il faut d'abord retrouver les symptômes caractéristiques du TSPT classique :

- des reviviscences traumatiques ;
- des cauchemars ou flashbacks ;
- des réactions de détresse lors des rappels du trauma ;
- des comportements d'évitement ;
- un sentiment persistant de menace ou d'insécurité.

À ces critères viennent s'ajouter trois dimensions supplémentaires :

- une dysrégulation émotionnelle importante ;
- une altération durable de l'image de soi ;
- des difficultés relationnelles significatives.

Autrement dit, le TSPT complexe n'est pas simplement la conséquence d'un passé douloureux. Il suppose l'existence d'un véritable syndrome psychotraumatique répondant à des critères diagnostiques précis. Cette nuance est capitale.

Une personne peut avoir grandi dans un environnement extrêmement dysfonctionnel et présenter un trauma développemental marqué sans pour autant développer de flashbacks, de mémoire traumatique envahissante ou de syndrome de répétition. Elle souffrira alors des conséquences de son histoire, mais ne répondra pas aux critères du TSPT complexe.

À l'inverse, une autre personne ayant vécu des violences répétées durant l'enfance pourra développer l'ensemble des symptômes du TSPT complexe : reviviscences, cauchemars, hypervigilance, évitement, effondrement identitaire et difficultés relationnelles majeures.

Les deux personnes ont vécu des blessures développementales. Une seule présente un TSPT complexe. Cette distinction permet d'éviter deux erreurs fréquentes.

La première consiste à considérer que toute souffrance liée à l'enfance est forcément un TSPT complexe. Ce n'est pas le cas. De nombreuses personnes portent des blessures développementales profondes sans répondre aux critères diagnostiques du psychotrauma.

La seconde erreur consiste à minimiser ces blessures sous prétexte qu'elles ne constituent pas un TSPT. L'absence de diagnostic psychotraumatique ne signifie pas absence de souffrance. Certaines blessures d'attachement ou carences affectives peuvent impacter toute une vie sans jamais entrer dans les classifications psychiatriques.

C'est pourquoi le trauma développemental doit être considéré comme un concept explicatif, tandis que le TSPT complexe demeure un diagnostic clinique.

L'un décrit l'histoire et ses conséquences sur le développement. L'autre décrit un trouble psychotraumatique objectivable.

Cette clarification est particulièrement importante dans le contexte actuel, où les termes « trauma complexe », « trauma relationnel », « trauma d'attachement », « trauma développemental » et « TSPT complexe » sont parfois utilisés comme des synonymes alors qu'ils ne recouvrent pas exactement les mêmes réalités.

Pour le clinicien comme pour le patient, la précision du vocabulaire n'est pas un simple débat sémantique. Elle conditionne la compréhension du problème et la pertinence de la prise en charge.

Comprendre qu'un trauma développemental n'est pas nécessairement un TSPT complexe permet d'éviter les diagnostics excessifs. Comprendre qu'un TSPT complexe repose souvent sur un terrain développemental traumatique permet, au contraire, de mieux saisir la profondeur de certaines souffrances.

Au fond, il ne s'agit pas d'opposer ces deux notions, mais de les articuler.  
Le trauma développemental raconte l'histoire de la construction de la personne.  
Le TSPT complexe décrit l'une des conséquences possibles de cette histoire.

Tous les TSPT complexes reposent généralement sur un trauma développemental ou relationnel important.  
Mais tous les traumas développementaux ne deviennent pas des TSPT complexes.

Cette distinction, simple en apparence, constitue pourtant l'une des clés d'une psychotraumatologie moderne, rigoureuse et respectueuse de la complexité humaine.

**BILAN DE  
PSYCHOTRAUMATOLOGIE**  
Comprendre. Apaiser. Reconstruire.

Un bilan complet pour mieux **comprendre**  
l'impact d'un traumatisme et **retrouver l'équilibre**.

**COMPRENDRE**  
évaluer l'impact  
du traumatisme.

**APAISSER**  
réduire les symptômes  
et le stress.

**RECONSTRUIRE**  
reprendre confiance  
et aller de l'avant.

**LA CLINIQUE DU  
PSYCHOTRAUMA**  
STRESS POST-TRAUMATIQUE  
BILAN DE PSYCHOTRAUMATOLOGIE

GUIDE CLINIQUE DU  
PSYCHOTRAUMA  
Approche clinique du psychotraumatisme  
ÉVALUER LE DOMAINE DES ACCIDENTÉS  
VERS UNE RÉSILIENCE DURABLE  
120 pages  
STRESS POST-TRAUMATIQUE



LA CLINIQUE DU  
PSYCHOTRAUMA

STRESS POST-TRAUMATIQUE

## Des spécialistes du trauma à votre écoute



**Alison Baudouin**  
Psychotraumatologue

Doctorat en Psychologie Clinique (US)  
Formatrice en psychotraumatologie



**Eric Breteau**  
Psychopraticien

Psychotraumatologie Clinique  
& neurophysiologie



**Éléonore Alexandrakis**  
Psychotraumatologue

Thérapie somatique  
& psychocorporelle



**Aude Scheller**  
Psychologue

Psychotraumatologie  
des Forces De l'Ordre



**David Laurençon**  
Psychotraumatologue

Hypnothérapeute  
Thérapie cognitive & EMDR



**Dr. Amélie Boukhobza**  
Psychologue Clinicienne

Docteur en psychopathologie  
Thérapeute EMDR



**Emilie Chaix**

Naturopathe / Sophrologue  
Spécialiste du sommeil  
& de la nutrition



**Laure Rousseau**  
Energéticienne

Spécialiste de la PBA



**Apolline Lecomte**  
Réflexologue

Spécialiste en addictologie

[lacliniquedupsychotrauma.fr](http://lacliniquedupsychotrauma.fr)

## Lecture recommandée :



### ZERO ADDICTION

Être addict résonne encore comme un tabou, une honte et parfois même une peur. Pourtant c'est notre société qui nous offre pléthore de substituts pour anesthésier nos émotions, même certains en vente libre.

Lutter contre ses addictions n'est pas synonyme d'un manque de volonté, c'est calmer une souffrance insidieuse, invisible. Zéro addiction propose une rupture radicale. Oser souffrir pour guérir, car c'est un engagement envers soi-même, envers une vie plus vraie, plus libre et plus consciente.

Ce livre est avant tout un témoignage incarné qui explore avec clarté et rigueur les mécanismes de la dépendance et les chemins de la renaissance en mêlant neurosciences, psychologie clinique et psychotraumatologie.

Un article à proposer pour le prochain numéro du Journal de Psychotraumatologie ?

Envoyez-nous votre message à :

[contact@lacliniquedupsychotrauma.fr](mailto:contact@lacliniquedupsychotrauma.fr)



LA CLINIQUE DU  
PSYCHOTRAUMA

STRESS POST-TRAUMATIQUE

[www.lacliniquedupsychotrauma.fr](http://www.lacliniquedupsychotrauma.fr)



[www.lacliniquedupsychotrauma.fr](http://www.lacliniquedupsychotrauma.fr)