

La traumatologie psychiatrique québécoise existe-t-elle ?

Georges Robitaille, M.D.

Volume 31, Number 2, Fall 2006

Ethnopsychiatrie

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/014831ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/014831ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Robitaille, G. (2006). La traumatologie psychiatrique québécoise existe-t-elle ? *Santé mentale au Québec*, 31(2), 273–276. <https://doi.org/10.7202/014831ar>



La traumatologie psychiatrique québécoise existe-t-elle ?

Georges Robitaille*

C'est avec beaucoup de plaisir que j'ai reçu le texte du D^r André Gagnon. Plaisir mais non surprise, ayant eu la chance de partager, à l'occasion, quelques discussions enthousiastes avec lui sur cette intriquante technique psychothérapeutique.

J'ai reconnu, au cours de ma lecture, l'homme profondément dévoué au mieux-être de ses patients, et le psychiatre engagé et honnêtement ouvert à reconsidérer ses prémisses et pratiques thérapeutiques. Il faut se souvenir que le docteur Gagnon est aussi analyste et thérapeute familial. Un homme versatile et souple de toute évidence : il s'occupe d'ados !

Là où fut ma plus grande surprise c'est lorsque j'ai constaté que Bessel Van der Kolk avait réussi à nous convaincre tous les deux, et à peu près au même moment, de nous risquer à expérimenter avec l'EMDR. J'avais en effet entendu des échos positifs de cette technique via mon association à l'ISSD (International Society for the Study of Dissociation) et l'ISTSS (International Society for Traumatic Stress Studies) mais c'est vraiment l'appui de Van der Kolk «that did the trick! ».

Mes expériences ont été, moi aussi, très positives depuis 1995-96 et particulièrement depuis 6 ans auprès de la clientèle adolescente, en majorité. Je ne répéterai donc pas les contenus positifs exprimés par mon confrère de l'Outaouais. Mon commentaire sera beaucoup plus de contextualiser cette nouvelle technique au niveau de la pratique psychiatrique québécoise et de souligner ses lacunes au plan de la Traumatologie.

En effet, même si je suis très impressionné par l'efficacité et la puissance de cette technique, son utilisation optimale suppose, outre une solide formation de psychothérapeute, une connaissance approfondie du trauma, de l'attachement et de leurs interactions et conséquences dans la structuration psychique tant chez l'enfant, l'adolescent que l'adulte.

* M.D., Psychiatre d'adolescents et d'adultes, Hôpital Charles Lemoyne.

Toutes mes connaissances sur ces aspects, j'ai dû les accumuler par moi-même via des lectures, une participation à de nombreux congrès à l'étranger, le groupe d'étude de Montréal sur la dissociation avec Dr John O'Neil et son épouse Su Baker, des groupes de discussion internationaux via Internet... et cetera... mais sûrement pas via mon curriculum de résidence... À quand une formation complémentaire en traumatologie ou intégrée au curriculum des résidents en psychiatrie ?

L'impact des traumatismes psychiques même sur des structures de personnalité saines à l'origine est dévastateur. La Psyché saine en terme d'attachement et de développement a tendance à encapsuler le trauma lorsqu'elle le peut, métaphoriquement comme dans l'abcès infectieux, et y consacre ensuite une quantité considérable d'énergie causant ainsi indirectement une baisse du niveau fonctionnel général (par exemple fatigue, insomnie et trouble attentionnel réfractaire) et une apparente régression dynamique étant donné le recours à des mécanismes de défense moins efficaces mais puissants.

Chez l'enfant, l'adolescent ou l'adulte avec une structuration défensive précaire ce peut être soit l'éclatement via un mode fonctionnel de type limite (TPL), la dissociation, un fonctionnement pré-psychotique ou même psychotique sans compter toute la comorbidité via les abus de substances. D'autres deviennent tellement sapés de l'intérieur qu'ils s'éteignent littéralement dans la «dépression», toute l'énergie étant engouffrée par le vortex traumatique interne qui devient le nouveau centre/cœur identitaire. Qui n'a pas rencontré en clinique des personnes dont les proches ne reconnaissent plus leur parent, conjoint ou enfant !

Une solide formation est, bien sûr, le point numéro un mais il n'est pas le seul... Le mode de pratique est aussi un immense obstacle... Combien de psychiatres font encore de la psychothérapie intensive après leur passage en pratique autonome ? Comment le psychiatre en adulte avec un «case load» de 150-300 patients peut-il se protéger un 5-10 heures/semaine de psychothérapie intensive ? Selon moi, c'est un strict minimum de 5 heures/semaine pour développer une réelle connaissance de ce secteur... Qui le fait chez les psychiatres ? Comment alors actualiser notre expertise auprès de nos équipes de professionnels ? Comment les encadrer, les supporter, les conseiller, les éclairer si nous n'avons pas «la main à la pâte» ?

Une autre difficulté est la charge contretransférentielle massive associée au rapprochement empathique avec cette clientèle traumatisée. Comment un psychiatre peut-il y faire face en ayant déjà «plein ses bottines» de gérer une pratique lourde et toutes les tracasseries médico-administratives associées...

La créativité, je risque « artistique », que nécessite la pratique de l'EMDR est difficile en milieu hospitalier même si elle est excessivement gratifiante. Elle peut même être enviée ou être jugée négativement. J'imagine qu'au sein d'une équipe spécialisée en trauma la multidisciplinarité et le focus peut favoriser une telle pratique mais dans les équipes régulières y trouve-t-on le support nécessaire ?

Je termine avec quelques commentaires sur mon expérience clinique avec l'EMDR au cours des 10 dernières années :

Premièrement, cette technique est très puissante et donc une certaine sécurité du thérapeute est nécessaire quant à ses capacités à tolérer les affects puissants et à demeurer thérapeutique. La capacité à s'orienter face aux défenses d'évitement de toutes sortes du patient est un atout majeur.

Deuxièmement, l'efficacité de ce traitement me semble reliée directement à la bonne sélection du candidat. Le taux est très près de 100 % chez le patient avec une structure saine préalable et un trauma unique.

Troisièmement et paradoxalement au « Deuxièmement », les patients avec un lourd passé traumatique infantile précoce et de dissociation répondent encore mieux, mais les risques sont très élevés de précipiter des crises suicidaires dangereuses et doivent donc être entrepris par des thérapeutes expérimentés seulement.

Quatrièmement, il est essentiel de suivre le protocole décrit par Shapiro à la lettre jusqu'à l'atteinte d'une résolution complète du trauma tant au plan neurophysiologique qu'au plan de l'identité (résolution de la cognition négative et atteinte non ambiguë de la cognition positive) et de la relation de l'individu à « l'univers » qui l'entoure. Les blessures/cicatrices à ce niveau peuvent entraîner un risque accru de retraumatisation ou de déplacement symptomatique. Il ne faut pas sous-estimer, particulièrement chez les enfants, la capacité de la Psyché à utiliser tout gain symptomatique à « l'encapsulation » du résidu traumatique qui continuerait alors son œuvre de « trou noir psychique » à l'intérieur de la structure de personnalité. Une psychothérapie dynamique avec des éléments psycho-éducatifs et cognitivo-comportementaux viendra encadrer l'expérience EMDR de façon à s'assurer de la résolution.

Cinquièmement, l'expérience d'être accompagné par le thérapeute au cours de cette « descente aux enfers » que représente l'exposition massive au trauma représente une occasion thérapeutique inestimable pour les patients dont la capacité de mentalisation « *Self-reflective Function* » est défectueuse. Les transferts négatifs réfractaires de

certain patients très carencés ou très paranoïdes peuvent ainsi être diminués.

La compréhension de la Traumatologie m'apparaît un énorme avantage thérapeutique face à ces patients aux présentations et évolutions complexes. L'EMDR est un ajout extrêmement précieux à notre arsenal thérapeutique et je remercie sincèrement le Docteur. André Gagnon de nous avoir offert l'occasion d'en discuter un peu.

Espérant avoir contribué positivement à ce débat.