Article original

La technique comme obstacle au traitement du traumatisme psychique ?

V. WROBLEWSKI

Hôpital National d'Instruction des Armées Bégin, Service de Psychiatrie, Saint-Mandé

Auteur correspondant : vanessa.wrob@gmail.com

Open access DOI
10.17184/eac.10220

Reçu
le 15 juin 2026

Accepté
le 13 août 2026

Publié
le 5 septembre 2026

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Résumé

L'évolution contemporaine des pratiques de soins psychiques est marquée par l'essor des approches s'appuyant sur des modèles neurobiologiques et des thérapies brèves protocolisées dans le traitement du traumatisme psychique.

Des méthodes telles que l'EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*) ou l'ICV (intégration du cycle de la vie) occupent aujourd'hui une place importante dans les thérapeutiques relatives au trouble de stress post-traumatique notamment. Leur développement répond à une demande croissante de traitements structurés, évaluables et susceptibles de produire des effets rapides sur les symptômes.

À partir d'une pratique clinique auprès de militaires, de secouristes et de blessés psychiques pris en charge en service de psychiatrie, cet article interroge l'efficacité prétendue de ces approches et leurs effets dans certaines situations cliniques. Plusieurs vignettes cliniques montrent que la confrontation au souvenir traumatique ne produit pas toujours les effets attendus et peut, chez certains sujets, majorer l'angoisse ou renforcer la fixation à l'événement.

Ces observations invitent à distinguer l'événement traumatique de sa portée subjective, celle-ci ne pouvant être appréhendée à partir du seul fait objectif. L'orientation psychanalytique, particulièrement dans sa lecture lacanienne, envisage le traumatisme comme une rencontre singulière avec le Réel (comme indicible, l'impossible à symboliser et à représenter). Elle privilégie l'écoute du sujet, le respect de ses défenses et le repérage de ce qui, dans l'événement, le concerne de manière singulière. Le travail clinique vise alors moins la suppression du symptôme que son élaboration et son inscription dans l'histoire du sujet, par le biais du transfert et de la parole.

Enfin, l'article aborde les enjeux propres aux soignants confrontés au traumatisme psychique et souligne l'importance du travail institutionnel, de la supervision et de la réflexion éthique. Il plaide pour une approche pluriprofessionnelle du traumatisme, attentive à la singularité de chaque sujet et à la temporalité nécessaire du soin.

Mots-clés : Psychanalyse. Psychiatrie militaire. Subjectivité. Traumatisme vicariant. Trouble de stress post-traumatique. Médecine d'armée.

Abstract

TECHNIQUE AS AN OBSTACLE TO THE TREATMENT OF PSYCHOLOGICAL TRAUMA?

Contemporary mental health care has been increasingly shaped by neuroscience-based models and protocol-driven brief psychotherapies in the treatment of psychological trauma.

Approaches such as Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and Lifespan Integration are now widely used in the management of post-traumatic stress disorder. Their development reflects a growing demand for structured, measurable interventions capable of producing rapid symptom relief.

Drawing on clinical experience with military personnel, emergency responders, and psychologically injured service members treated in a psychiatric setting, this article examines the claimed effectiveness of these approaches and discusses some of their clinical effects. Several clinical vignettes suggest that direct confrontation with traumatic memories does not invariably lead to improvement and may, in certain cases, increase anxiety or reinforce fixation on the traumatic event.

These observations highlight the need to distinguish between the objective occurrence of an event and its subjective significance for the individual.

From a Lacanian psychoanalytic perspective, trauma is understood as a singular encounter with the Real (the unspeakable, impossible to symbolize and represent), exceeding purely neurobiological explanations. Clinical work therefore focuses on listening to the patient's unique experience, respecting defensive processes, and identifying the subjective dimension through which the event acquires traumatic value. Rather than aiming exclusively at symptom elimination, treatment seeks to support the integration of the traumatic experience into the subject's personal history through speech and the therapeutic relationship. The article also addresses the challenges faced by caregivers working with trauma and emphasizes the importance of institutional support, supervision, continuing education, and ethical reflection. It argues for a multidisciplinary approach to trauma care that preserves attention to subjectivity and acknowledges the singularity of each patient's experience.

Keywords: Psychological trauma. Psychoanalysis. Military psychiatry. Subjectivity. Vicarious trauma. Post-traumatic stress disorder. Military medicine.

1 La technique dans le champ « psy »

La technique est définie comme : « un ensemble de procédés employés pour produire une œuvre ou obtenir un résultat déterminé » (1).

Interrogeons-nous donc sur l'emploi de la technique dans le champ « psy ».
Cela ne va pas de soi, et encore moins pour les psychologues ou psychiatres, en particulier ceux orientés par la psychanalyse. Existe-t-il une technique, c'est-à-dire un certain nombre de procédés, que le praticien emploierait pour obtenir un « résultat » auprès de son patient ? Et quel serait ce résultat visé par le thérapeute ? A priori : un soulagement, une disparition du symptôme qui fait souffrir, voire une guérison.
Il s'agit ici de s'interroger sur l'essor des techniques dites psychothérapiques : ce que cet essor nous enseigne sur le monde contemporain et en quoi ces techniques peuvent parfois s'avérer être une impasse au traitement du sujet. L'enjeu sera de mettre en évidence la pertinence actuelle de l'orientation psychanalytique lacanienne dans la prise en charge des sujets dits traumatisés.

Les hypothèses psychopathologiques qui se formulent autour d'un cas clinique se font de plus en plus rares dans les réunions institutionnelles. L'étude neurologique du cerveau, les neurosciences, sont prépondérantes dans les congrès, les universités, les services de psychiatrie, et la psychanalyse est aujourd'hui considérée, dans les milieux psychiatriques et par une majorité de nos jeunes collègues, comme « une vieille notion dépassée ». L'essor de la biologie moléculaire dans les années 70, l'apparition du DSM en 1980, l'évolution de la recherche en santé mentale ont contribué à la diffusion des thérapies cognitives et comportementales, présentées comme des traitements courts et efficaces pour modifier les comportements et *rectifier les schémas de pensées.*

2 Approches technicisées du traumatisme

Des techniques ont ainsi vu le jour et sont recommandées par la Haute Autorité de santé comme thérapies de référence pour le traitement du « stress post-traumatique ». Citons par exemple l'EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*) mise au point en 1987 par Francine Shapiro qui, lors d'une promenade, s'aperçoit par hasard qu'elle ressent un mieux-être lorsqu'elle bouge rapidement les yeux de gauche à droite et de droite à gauche, alors même qu'elle se remémore une expérience traumatique. Pourquoi ces exercices permettent-ils de surmonter l'anxiété, voire le traumatisme ? Parce qu'il s'agirait de reproduire le processus analogue à celui du sommeil paradoxal, favorisant la réorganisation des réseaux mnésiques : la charge émotionnelle du souvenir est ainsi désamorcée pour la transformer en récits épisodiques verbalisables, réintégré dans une continuité mnésique (2).

L'EMDR est aujourd'hui recommandée parmi les psychothérapies de première intention du trouble de stress post-traumatique. Cependant, cette reconnaissance n'exclut pas les risques de détournement : la MIVILUDES (mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires) met ainsi en garde contre l'apparition de praticiens non formés qui s'en réclament, créant un terrain propice aux phénomènes d'emprise psychologique sur des patients vulnérables (3).

Le modèle théorique de l'EMDR s'appuie notamment sur plusieurs hypothèses neurobiologiques visant à expliquer ses effets thérapeutiques. Toutefois, ses mécanismes d'action demeurent incomplètement élucidés et font encore l'objet de débats scientifiques parmi les spécialistes.

Nous pouvons également citer la méthode ICV (intégration du cycle de la vie), développée aux États-Unis, dérivée directe de l'EMDR. Il s'agit d'une approche psychocorporelle, issue des neurosciences. « Le souvenir traumatique n'est pas vécu comme passé : il continue de faire réagir le système de stress (et notamment l'amygdale) comme si l'organisme devait encore faire face à l'événement » (4). La thérapie vise à faire éprouver au patient, sur le plan corporel, le temps écoulé depuis l'événement traumatique, afin de favoriser l'intégration de la mémoire traumatique et de résorber l'insécurité d'attachement. Cette approche postule que cette actualisation de la temporalité vécue pourrait contribuer à diminuer l'hyperréactivité amygdalienne. Le protocole s'appuie sur la « ligne du temps », un outil consistant à établir une chronologie des événements marquants de la vie du patient. Repassée en revue au fil des séances, cette séquence permet de connecter les souvenirs entre eux et de soutenir leur intégration.

Dans notre pratique hospitalière, la clinique témoigne parfois de conséquences néfastes liées à ces pratiques. Celles-ci interrogent le risque d'un forçage à la verbalisation de l'événement traumatique, où l'injonction du « tout dire » peut paradoxalement entraver la parole du sujet et accentuer sa détresse.

Ces méthodes, techniques, outils, s'appuient essentiellement sur les notions de plasticité cérébrale et de réseaux neuronaux. La mémoire et sa localisation continuent d'intéresser les chercheurs. Son effacement surtout ? Ces thérapies brèves et modernes s'inscrivent dans une logique sociale contemporaine axée sur la rentabilité et la rapidité des soins. Il est tentant pour le psychologue lui-même, bien souvent seul et déboussolé au sortir de son cursus, de se former à ces techniques recommandées par les universités, à ces traitements courts et protocolisés qui promettent des résultats rapides.

3 Apport de l'orientation psychanalytique

Qui ne s'est jamais posé ces questions dans sa pratique : Que dire ? Quoi faire ? Comment aider ce sujet traumatisé ? Que pourrais-je faire pour lui ? Qui ne s'est jamais senti impuissant, angoissé, voire perdu ?

Ce sont les mêmes questions qui reviennent pour le patient : comment se débarrasser de son expérience passée ? Comment faire disparaître le souvenir ou faire disparaître l'émotion liée au souvenir ? Le sujet s'avère encombré de son histoire et cherche à la faire taire. Attention à ne pas se faire l'agent de cette entreprise de disparition !

Citons le Pr Guy Briole : « Cela pousse les décideurs, les scientifiques, les psys à faire mille contorsions pour tenter de se débarrasser de l'inconfort du transfert, soit de la psychanalyse, laquelle, pour ce qu'il en est du passé, ne pousse pas à le liquider, mais à une éthique de bien le dire. » (5)

L'exemple d'Olivier, secouriste expérimenté d'une quarantaine d'année, est marquant. Il vient nous rencontrer, adressé par la psychologue de son unité. Il s'était adressé à elle car son sommeil était perturbé, il se disait débordé par ses émotions et était envahi par les souvenirs traumatiques d'un accident sur lequel il était intervenu quelques années auparavant. Il pensait que les choses rentreraient dans l'ordre avec le temps, mais force était de constater que quelque chose avait changé pour lui depuis cette intervention. La psychologue qui le reçoit initialement lui propose des séances d'EMDR. Olivier avait fait des recherches sur le traitement du trauma et était tout à fait informé sur ces pratiques thérapeutiques et y adhère toujours. Mais pas pour lui ! En effet, il me relate, lors de notre première rencontre, que les séances d'EMDR ont ravivé l'angoisse et augmenté la fréquence des reviviscences. « Cela n'a fait qu'aggraver les choses », il est déçu, mais déçu de lui-même. Cette thérapie scientifique, recommandée, en laquelle il croit, n'avait pas marché pour lui. Était-il donc une cause perdue ? Il avait expliqué à la psychologue qu'il était de plus en plus mal après les séances, que les exercices de remémoration étaient trop douloureux, voire insupportables.

Ces effets de réactivation des symptômes intrusifs sont décrits par les thérapeutes EMDR comme des *effets secondaires fréquents* des séances. Les effets indésirables de ces thérapies sont non seulement rarement rapportés dans les essais contrôlés randomisés, mais ils demeurent également sous-évalués (6).

Pour Olivier, la confrontation avec ses souvenirs traumatiques était trop violente. Grâce au travail de parole, Olivier s'est aperçu que ce n'était pas tant l'horreur de l'événement qui l'avait intimement touché, mais le fait de s'être senti seul. Cette phrase marquante : « je me suis senti seul » parcourait son enfance et avait fait violemment retour dans l'événement traumatique. Saisir ce point de *concernement* subjectif a permis d'ouvrir un trajet : de la fixation à l'événement vers une question singulière.

Comment trouver les mots pour dire l'indicible ? Aucun mot ne convient au sujet pour dire ce qui a marqué sa vie pour toujours, pour dire ce qu'il a traversé. Pour le dire avec Lacan, « l'impossible, c'est le Réel, tout simplement ». Cette absence de mots coexiste avec ce réel qui est là et *qui ne cesse pas de ne pas s'écrire*. Le sujet traumatisé est en peine avec la parole. Il est bien souvent happé par le fait et s'embourbe dans des dires répétitifs, témoins de la répétition infernale, du hors-sens du trauma. Il est donc aisé de se laisser aveugler par ce qui est au premier plan, l'expérience traumatique comme telle, désignée comme la cause de ce qui ne va pas. Cela paraît évident.
Mais si l'événement est pour tous, le traumatisme est propre à chacun. C'est donc dans la réponse du sujet à un événement que l'on peut déterminer sa valeur traumatique. Là où la société capitaliste, au moyen des signifiants-maîtres de la modernité, propose de collectiviser la souffrance et donne l'illusion de pouvoir tout réparer, on perd de vue l'essentiel, à savoir entendre la plainte, la souffrance, *au un par un*, entendre ce qu'un sujet aurait à dire de son expérience propre afin de lui permettre de déplier les coordonnées singulières de sa rencontre avec le réel et de prendre les choses par un autre biais que nous appelons la « voie du symptôme ». Le symptôme serait ici à entendre comme une réponse au trauma du Réel.

C'est ce caractère d'imprévu, de surprise, qui définit le mieux l'événement traumatique. « La réalité du fait, sa matérialité, ne laisse présager en rien de la singularité qu'il peut revêtir pour chaque sujet dans son vécu de l'événement. Cette mauvaise rencontre aurait pu ne pas advenir, mais rien ne saurait en épargner le sujet. » (7) Aucun savoir, aucun entraînement, etc. La rencontre traumatique concerne toujours UN sujet. Elle fait date. Ce terme de traumatisme nomme un événement qui a fait effraction pour un sujet, et seulement pour lui. L'événement traumatique « concerne » toujours le sujet : il comporte à la fois une part de réel qui relève de l'accident, et une part de subjectivité dans laquelle le sujet est impliqué. Il s'agit là, toujours, d'un événement qui LE concerne. C'est en cela que dans la clinique du traumatisme, le point de *concernement* est toujours à entrevoir, pour le clinicien au moins.

C'est dans cette perspective que nous accueillons les blessés de guerre dans notre service de psychiatrie, avec une question qui nous guide : par quoi ce sujet est-il traumatisé ? La réponse n'est pas dans le fait lui-même, pas dans la situation qu'il a vécue et qu'il pourra vous détailler, vous expliquer, vous mimer. La réponse, s'il y en a une, est bien ailleurs.

Pour Guy Briole, l'éthique doit toujours guider nos pratiques : « C'est une des clés de l'éthique qui peut orienter les pratiques – pas seulement celle des psychanalystes – autour du traumatisme : pas de forçage à parler, mais un nouage subtil dans le transfert qui permet le passage de la fixation à l'événement vers une question singulière à chaque sujet ; ouvrant alors à la possibilité d'une *hystorisation.* » (8) L' *hystorisation* (néologisme mêlant histoire et hystérie) pourrait être définie comme le processus par lequel le sujet réécrit sa propre histoire à la lumière de son inconscient et de ses symptômes, visant à transformer le passé subi en une vérité singulière et assumée.

La manière de concevoir le traumatisme (inscription neurobiologique *versus* effraction psychique) va déterminer l'orientation du travail du praticien et sa façon d'accueillir le sujet.

Eddy, un sous-officier engagé dans l'Armée depuis plus de 20 ans, est hospitalisé dans notre service, adressé par son médecin pour la prise en charge d'un trouble de stress post-traumatique. Lors de notre première rencontre, il explique avoir fait un *burn out* : « J'ai littéralement pris feu sur la place d'armes. » dit-il. En effet, après une énième altercation avec son chef et le sentiment d'être harcelé et dénigré, il s'est senti submergé, dans son corps, l'obligeant à se mettre à genou sur la place d'armes plutôt que d'aller s'en prendre physiquement à son chef. Envoyé chez la psychologue de l'antenne médicale qui soutient son régiment, il veut parler de ses difficultés relationnelles et de son inquiétude quant à la retraite qui approche.
La psychologue lui propose des séances d'EMDR et voilà qu'Eddy est sommé de raconter ses missions opérationnelles intenses passées. Il n'y pensait pourtant plus depuis bien longtemps. Les cauchemars se déclenchent et ne s'arrêtent plus…

Le silence, voire l'amnésie est pour certain la meilleure défense après le choc. Il revient au thérapeute, au soignant, de respecter la temporalité du sujet. Il vaudra parfois mieux ne pas ouvrir la boîte de Pandore. Certains sujets ne parleront jamais, d'autres consentiront à en dire quelque chose quand le moment sera venu, quand le réel sera déjà un peu voilé.

Faire confiance au sujet, c'est le pari de la psychanalyse. Le sujet n'a pas disparu sous le trauma, il est bien là, avec son histoire et les signifiants qui le désignent. Personne d'autre que le sujet ne sera mieux à même de dire son expérience subjective singulière, et cela suppose de l'amener à se dégager du discours commun pour produire un discours qui ne vaut que pour lui-même et qui pourra s'intégrer dans son histoire propre.

Les instants de découverte, véritables instants de voir, peuvent ouvrir à un travail. Le sujet découvre sa propre subjectivité, grâce au transfert et aux interventions délicates du praticien.

Lorsqu'ils viennent en consultation rencontrer un psychiatre, un psychologue, un infirmier, une interlocution devient possible. Une possibilité de trouver à dire quelque chose à quelqu'un supposé pouvoir entendre. Alors, il se peut que le sujet se trouve allégé du poids de la répétition traumatique. La charge anxieuse diminue, les souvenirs se remanient, le patient ayant consenti à ne plus être seul radicalement avec ce qui lui fait horreur, mais d'accepter d'en partager un bout. L'événement traumatique est comme coupé de la chaîne signifiante, « sous cloche ». Les entretiens cliniques permettent d'inscrire l'événement dans l'histoire personnelle du sujet, et de trouver à le lier. Quelle est notre boussole ? « La recherche et l'intérêt portés sur ce qu'il y a de plus singulier chez celui qui vient nous parler et déposer en parole sa souffrance me semble être fondamentale pour celui qui s'oriente de la psychanalyse. » explique Victoria Horne-Reinoso lorsqu'elle s'interroge sur ce qui nous guide pour écouter le sujet, pour s'orienter dans la clinique (9). Cette visée vers la singularité n'exclut pas pour autant un repérage dans les catégories cliniques qui donne un cadre nécessaire à toute pratique clinique.

4 Soignants et trauma

La préoccupation pour la santé mentale des soignants est de plus en plus prégnante depuis quelques années déjà. Les termes de « traumatisme vicariant » (TV), « stress post-traumatique secondaire », « fatigue compassionnelle » en sont des illustrations et de nombreux chercheurs s'y intéressent. Le traumatisme vicariant, terme apparu aux États-Unis dans les années 90, décrit comment le travail auprès de patients traumatisés affecte le thérapeute, le travailleur social, les professions de la justice, etc. Il s'agirait d'un trop-plein d'empathie qui conduirait à un changement profond chez le thérapeute, qui souffrirait alors à son tour d'un trouble de stress post-traumatique, mais avec des symptômes d'intensité moindre. Le thérapeute serait comme contaminé par le vécu traumatique de son patient. Cette théorie du traumatisme vicariant repose sur le concept de neurones miroirs et de « contamination physiologique et sensorielle ». L'une des conditions requises pour parler de traumatisme vicariant résiderait dans le fait que le traumatisme du patient a été reconstitué pendant la thérapie. Les thérapeutes pratiquant les thérapies d'exposition seraient donc plus vulnérables et sujets au traumatisme vicariant (10). Pourquoi ? Nous faisons l'hypothèse que, dans ce type de thérapie, il s'agit de recueillir un matériel brut, un récit extrêmement détaillé de l'événement traumatique et parfois d'y adjoindre un geste (pendule devant les yeux, tapotements sur les genoux). Le thérapeute peut être lui-même pris dans un effet de

fascination propre au traumatisme psychique. Il se voit confronté à son tour à un réel pur, sans contour, sans histoire, sans sujet.

La phrase « se mettre à la place du patient » revient fréquemment dans les articles qui traitent de ce sujet. Faut-il se le rappeler : en tant que soignant, le pire écueil serait selon nous de vouloir se mettre à la place de son patient, de le comprendre, de ressentir avec lui.
Lacan l'écrivait déjà en 1967 dans son *Petit discours aux psychiatres*. Alors qu'il posait la question aux psychiatres en formation : « Enfin, qu'est-ce qui peut bien vous pousser dans cette voie ? » Nombreux sont ceux qui lui répondaient : « Je viens là pour comprendre mes patients ». Et Lacan de répondre : « Il y a quelque chose qui ne va pas du côté de la compréhension » quand on est en présence de la pathologie mentale. Comprendre son patient serait donc croire qu'il peut nous être transparent, qu'on pourrait lire en lui comme dans un livre ouvert. Or, Lacan explique : « La psychanalyse ça consiste à découvrir que nous ne sommes pas transparents à nous-mêmes ! Alors pourquoi est-ce que les autres nous le deviendraient ? » (11).
Dans ce discours, Lacan insiste également sur deux positions qui concerneraient le psychiatre face au patient qu'il reçoit : être angoissé et être concerné. Et cela, qu'il le veuille ou non.

L'ensemble de ces interrogations éthiques qui s'imposent au quotidien d'une pratique de l'urgence et des situations d'exception, a été depuis bien longtemps au centre de réflexions sur la médecine militaire et sur la médecine humanitaire notamment.
Les motivations des soignants à s'intéresser aux pathologies traumatiques, à la pratique de l'urgence, de catastrophe sont à interroger. Bien sûr, l'idéal de l'action soignante résiderait en ces termes : sauver, aider, secourir, etc. Il revient au soignant de s'interroger plus avant sur ses motivations conscientes ou non, sur ses propres coordonnées subjectives, son histoire familiale, qui l'ont amené à prendre cette voie, à s'engager dans cette pratique autour du trauma. Cela n'est probablement pas dû au hasard.

Quel praticien n'a jamais entendu de la part de son entourage : « Mais comment fais-tu pour écouter ces récits toute la journée ? ». En effet, comment fait-on pour « supporter » ? Nous nous engageons sur quelques pistes de réponses possibles :

- Le travail à plusieurs peut s'avérer être un véritable soutien : élaboration des cas, hypothèses cliniques, pistes de travail pensées en réunions pluridisciplinaires.
- La formation continue paraît indispensable : congrès, écriture de cas, université.
- Contrôler, superviser sa pratique auprès d'un analyste ou l'intervision entre collègues.
- Et bien sûr, une analyse personnelle.

Autant de « garde-fous », indispensables selon nous pour ne pas se laisser prendre dans les rêts de la fascination pour le trauma, voire le morbide, pour ne pas se laisser prendre au jeu de l'empathie ou de la compassion, pour ne pas évacuer la question du lien de parole et du transfert.

Lacan, dans les *Autres écrits*, écrivait cette formule pour parler de la clinique du sujet : « faire avec eux la paire » (12). Ce n'est pas tout à fait faire alliance. Il s'agirait d'incarner une présence, en corps. Ne pas laisser s'installer un silence après un récit qui peut s'avérer, somme toute, effroyable. Y répondre, en accuser réception, exiger de soi-même une présence particularisée et une attention singulière pour ne pas laisser le sujet seul, plus qu'il ne l'est déjà. C'est de cette place que peut s'opérer un acte, pris dans une conduite du traitement orienté par une éthique.

La technique analytique n'existe pas au sens d'une technique universelle. Pour autant, le praticien a à rendre compte du mode opératoire de sa pratique, au cas par cas.

L'approche pluriprofessionnelle paraît adaptée dans la clinique des sujets dits traumatisés : approche psychothérapique, psychiatrique, psychocorporelle, associative, juridique, etc. Tout ne repose pas sur la seule figure du « psy », sur les seuls entretiens psychothérapiques qui, nous devons bien l'admettre, ont des résultats souvent modestes. Il n'y a pas de miracle, pas de guérison, car nous le savons, certains patients devront « faire avec » leurs symptômes (au sens lacanien d'un « savoir faire avec son symptôme » (13) visant l'aménagement de ce qui ne peut être guéri), d'autres évolueront de façon favorable. Le traumatisme possède sa face d'incurable.

Conclusion

Recevoir un sujet traumatisé sous-tend un engagement de la part du clinicien, sur le long terme. L'écueil principal serait une pente à la fascination, « de contempler avec lui l'horreur et le hors-sens dévoilé » (14). Le traitement des sujets dits traumatisés est un processus long, c'est un traitement qui dure dans le temps. En cela, il s'oppose aux thérapies brèves, comportementales, qui visent l'éradication du symptôme.
S'orienter avec la psychanalyse, c'est s'attacher au plus singulier du cas, au divin détail, au sans pareil, et miser sur la rencontre avec le sujet et donc s'appuyer sur le transfert. En cela, elle ne peut faire appel à aucun protocole ni pratique standardisée. La continuité des soins, des entretiens, s'avère indispensable. Il s'agira de répondre présent et d'y mettre du sien. Le dispositif analytique invite le sujet à assumer une part de responsabilité subjective et en cela, il libère déjà le désir.
Que vise l'orientation analytique ? Une version du symptôme qui ferait moins souffrir le sujet, lui redonnant un plus de vie, là où la pulsion de mort était aux commandes. Ce n'est pas toujours possible. Une voie de sortie du traumatisme serait donc à inventer, à créer, à transformer, plutôt que de céder à l'illusion d'un effacement du symptôme.

Remerciements au linguiste relecteur : Pierre-Alexandre Clerc

Références bibliographiques

1. Le Robert. Définition du dictionnaire Le Robert [Internet]. Paris (FR) : Le Robert.

2. Stickgold R. EMDR : a putative neurobiological mechanism of action. J Clin Psychol. 2002 ;58(1) : 61-75.

3. Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES). Guide « Santé et dérives sectaires ». Paris (FR) : MIVILUDES ; 2018.

4. Smith J. Psychothérapie Intégration du Cycle de la Vie. Dans : Kédia M, Sabouraud-Séguin A. Psycho-traumatologie en 51 notions. Paris (FR) : Dunod ; 2020.

5. Briole G. L'éthique en acte. Rech Psychanal. 2015 ;(20).
6. Van Schie K, van Veen SC. Adverse effects of Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy : A neglected but urgent area of inquiry. ScienceDirect. 2025.
7. Lahutte B. La psychanalyse face au syndrome post-traumatique. Dans : Psychiatrie, psychanalyse et malaise social [cycle de conférences]. Paris (FR) : Centre Georges Pompidou ; 2018.
8. Briole G. Quelques idées sur le trauma. Avignon (FR) : Programme psychanalytique d'Avignon ; 2018-2019.
9. Horne-Reinoso V. La boussole de la singularité. *Ironik*. 2020 ;(38).
10. Cohen-Biton L. The wounded healer in shared traumatic reality after the seventh of october attack. J Patient Exp. 2024.
11. Lacan J. Petit discours aux psychiatres de Sainte-Anne. Conférence prononcée le 10 novembre 1967.
12. Lacan J. Préface à l'édition anglaise du séminaire XI. Dans : Lacan J. Autres Écrits. Paris (FR) : Seuil ; 2001.
13. Lacan J. Le Séminaire, Livre XXIV : L'insu-que-sait de l'une-bévue s'aile à mourre (séance du 16 novembre 1976). Ornicar ? 1977 ;(12/13) :5-9.
14. Lahutte B. La psychanalyse face au syndrome post-traumatique. Dans : Psychiatrie, psychanalyse et malaise social [cycle de conférences]. Paris : Centre Georges Pompidou ; 2018 [cité 2026]. Disponible en ligne.