

The background of the entire page is a fantastical, ethereal landscape. In the center, a person is seen from behind, sitting in a meditative lotus position on a dark, rocky ledge. They are facing a large, glowing, golden archway that appears to be a portal or a source of light. The archway is set within a rocky, mountainous structure. Above the archway, a bright, multi-pointed geometric star (resembling a Sri Yantra) is superimposed over a circular pattern of lines. The sky is a deep blue and black, filled with stars, nebulae, and a large, pale moon on the left. The overall atmosphere is one of mystery, spirituality, and inner exploration.

Le journal de *PSYCHOTRAUMATOLOGIE*

Les étapes pour vaincre les traumas

Des ressources pour
tous les praticiens

FEVRIER 2026

Numéro #02



www.lacliniquedupsychotrauma.fr

WHAT'S *INSIDE*

03	Le Stress Post-Traumatique
04	Portrait du mois
05	Les différentes approches
07	Le bilan sanguin
08	Le repos conscient
10	La prise en charge accélérée
12	Revenir au coeur
14	Traiter le trauma autrement
16	Le livre du mois

Le stress post-traumatique : une fracture neuropsychique

Le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) constitue l'une des conséquences les plus graves et les plus persistantes de l'exposition à un événement traumatique. Loin d'être une simple réaction émotionnelle transitoire, il s'agit d'un trouble neuropsychique complexe, impliquant une désorganisation profonde des systèmes de mémoire, de régulation émotionnelle et de survie.

Le traumatisme psychique survient lorsque l'organisme est confronté à une menace dépassant ses capacités d'adaptation. À cet instant, le cerveau bascule dans un mode de survie extrême, activant des circuits archaïques destinés à assurer la fuite, la lutte ou la sidération. Lorsque cette activation ne se résout pas après l'événement, l'expérience reste inscrite dans la mémoire émotionnelle et corporelle, donnant naissance au stress post-traumatique.

Sur le plan clinique, le TSPT se caractérise par quatre grands pôles symptomatiques : les reviviscences intrusives, comprenant flashbacks, cauchemars et pensées envahissantes ; l'évitement des stimuli rappelant l'événement ; l'hyperactivation neurovégétative avec hypervigilance, irritabilité et troubles du sommeil ; et enfin les altérations cognitives et émotionnelles, incluant honte, culpabilité, sentiment de menace permanente et altération de l'identité. Ces symptômes ne sont pas seulement psychologiques, mais profondément biologiques.

Les neurosciences ont mis en évidence que le TSPT implique une hyperactivité de l'amygdale, une hypoactivation des régions préfrontales impliquées dans l'inhibition émotionnelle, et une altération de l'hippocampe, structure clé de la mémoire contextuelle. Cette organisation neurobiologique explique pourquoi le cerveau traumatisé continue de réagir comme si le danger était présent, même en l'absence de menace réelle. Le temps psychique se fige, et l'événement demeure présent dans l'ici et maintenant du système nerveux.

Dans de nombreux cas, le traumatisme n'est pas unique mais répétitif, notamment dans les contextes de violences conjugales, d'abus sexuels, de maltraitements infantiles ou de traumatismes relationnels chroniques. On parle alors de Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe (TSPT-C), caractérisé par des perturbations profondes de la régulation émotionnelle, de l'image de soi et des relations interpersonnelles. Le trauma devient alors développemental et structure l'organisation psychique de la personne.

La prise en charge du stress post-traumatique repose sur une approche séquentielle et intégrative. La première phase consiste en une stabilisation neurobiologique et émotionnelle visant à restaurer un sentiment de sécurité interne, notamment par la régulation du système nerveux autonome, la restauration du sommeil et la réduction des comportements d'évitement ou d'auto-régulation dysfonctionnelle. La seconde phase implique le retraitement des mémoires traumatiques par des protocoles spécifiques tels que l'EMDR, la DTMA, la thérapie sensorimotrice ou l'exposition graduée. La troisième phase vise l'intégration identitaire et relationnelle, permettant au patient de reconstruire un sentiment de continuité, de dignité et de cohérence personnelle.

Le trauma s'inscrit dans le corps, les hormones, les circuits neuronaux et les schémas comportementaux. Une prise en charge complète doit inclure une dimension somatique, neurobiologique et métabolique, permettant au cerveau de retrouver un terrain physiologique compatible avec la résilience.

Le stress post-traumatique constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. Longtemps invisibilisé, il concerne non seulement les victimes de violences et d'accidents, mais aussi les professionnels exposés à la souffrance extrême. Reconnaître le TSPT, c'est reconnaître l'impact durable des expériences extrêmes sur l'humain, et offrir enfin une réponse clinique rigoureuse à une souffrance trop longtemps niée.

Comprendre le stress post-traumatique, ce n'est pas seulement poser un diagnostic : c'est ouvrir la voie à une reconstruction possible, où le passé cesse de dicter le présent, et où l'individu peut redevenir acteur de sa vie.

Alison Baudouin & Eric Breteau

Fondateurs de la *Clinique du Psychotrauma*



PORTRAIT



Eric Breteau

Psychotraumatologue

Pourquoi j'ai co-fondé La ***Clinique du Psychotrauma***

Quand je regarde mon parcours, je réalise à quel point la vie m'a fait traverser l'insoutenable.

Une enfance ravagée par la maltraitance, où j'ai cru mourir plus d'une fois. Des années comme pompier et urgentiste, confronté à l'indicible. Une vie d'humanitaire plongée dans les zones les plus sombres de l'humanité. La prison, l'injustice, un simulacre de peloton d'exécution...

Et la trace profonde de tous ces moments où le cerveau bascule en mode survie.

Autant dire que les psycho-traumatismes, je connais. Intimement.

Dans la chair.

Et dans la durée.

Et si j'avais eu, à ces époques-là, une équipe comme celle qui m'entoure aujourd'hui...

Des professionnelles comme Alison, Sandrine, Laure, Raphaëlle, Mélanie, Marion et Apolline : compétentes, humaines, engagées, et capables d'aider vraiment à reconstruire ce qui a été brisé...

Je sais que certaines blessures auraient pu cicatriser plus tôt.

C'est pour cela que je suis si fier de La Clinique du Psychotrauma.

Fier de notre équipe pluridisciplinaire.

Fier de ce que nous pouvons apporter aux personnes traumatisées.

Fier de voir des existences reprendre sens et souffle.

Merci, de tout cœur, à cette équipe exceptionnelle pour son dévouement et sa lumière.

Les différentes approches de prise en charge du trauma

À la Clinique du Psychotrauma, le traumatisme n'est jamais réduit à un simple événement. Il est envisagé dans sa temporalité, dans sa profondeur neurobiologique et dans ses répercussions émotionnelles, psychiques et somatiques. Chaque prise en charge s'adapte à la nature du choc vécu, à sa répétition éventuelle, à son ancienneté et à la manière dont il s'est inscrit dans le corps et dans la mémoire.

Lorsqu'un événement traumatique survient de façon brutale et isolée — accident, agression, catastrophe ou accident de la vie — et qu'il s'accompagne d'une peur intense, d'un sentiment de terreur ou d'une impression de mort imminente, on parle alors de trauma aigu. Dans ces situations, le temps joue un rôle déterminant. Une prise en charge précoce, dans les heures ou les jours qui suivent l'événement, permet souvent d'éviter que la mémoire traumatique ne s'installe durablement. L'application d'un protocole d'intervention immédiate tel que le protocole P.I.S.T.E. vise à contenir le stress aigu, à limiter les effets secondaires du choc et à réduire considérablement le risque d'évolution vers un trouble plus chronique.

Lorsque les symptômes persistent au-delà d'un mois, malgré le retour à une apparente normalité, le traumatisme change de nature. Les cauchemars, les flashbacks, l'hypervigilance, les conduites d'évitement ou les troubles du sommeil traduisent alors l'installation d'un Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT). À ce stade, le système nerveux reste figé dans l'état d'alerte initial, comme si l'événement continuait de se produire. La prise en charge repose alors sur des protocoles de désensibilisation ciblés, dont la DTMA-H, qui permettent de retraiter l'information traumatique, de diminuer l'intensité émotionnelle associée aux souvenirs et de restaurer un fonctionnement neuro-émotionnel plus stable et plus apaisé.

Lorsque le traumatisme ne s'inscrit pas dans un événement unique mais dans une répétition, parfois sur plusieurs années, le tableau clinique devient plus complexe. Les traumatismes de l'enfance, les violences sexuelles répétées, les incestes, les maltraitements ou les agressions multiples ont en commun une exposition prolongée à la terreur, souvent dans un contexte d'impuissance et de dépendance. On parle alors de trauma complexe, de trauma développemental ou de Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe (TSPT-C).

Ces situations entraînent un dérèglement neurobiologique profond, avec des conséquences majeures sur la régulation émotionnelle, l'image de soi, les relations aux autres et le fonctionnement corporel. La prise en charge ne peut se limiter à une simple désensibilisation. Elle nécessite un protocole structuré, progressif et multidisciplinaire, associant psychotraumatologie, médecine, psychiatrie et thérapies complémentaires. Ce travail s'inscrit dans la durée, sur plusieurs mois, et s'organise autour de trois phases fondamentales : la stabilisation, indispensable pour restaurer un sentiment de sécurité interne ; la désensibilisation, pour retraiter les expériences traumatiques ; et l'intégration, afin de permettre une reconstruction durable de l'identité et du rapport au monde.

Certaines populations, enfin, sont confrontées à une forme particulière de traumatisme. Les professionnels de l'urgence — pompiers, soignants, militaires, forces de l'ordre — sont exposés de manière répétée à la souffrance, à la mort et à la violence, parfois extrême. Cette confrontation régulière peut conduire à un trauma vicariant, insidieux, souvent sous-estimé, qui s'installe progressivement. Sa prise en charge repose sur une approche spécifique, combinant prévention, formation et sensibilisation, suivi thérapeutique régulier avec un praticien formé, et temps dédiés de thérapie d'intégration émotionnelle. Ces espaces, proposés une à deux fois par an, permettent de soulager le stress chronique, de prévenir l'épuisement psychique et de préserver l'équilibre émotionnel de celles et ceux qui, au quotidien, prennent soin des autres.

À travers ces différentes approches, la Clinique du Psychotrauma défend une conviction essentielle : le traumatisme n'est pas une fatalité, mais une blessure qui peut être comprise, contenue et soignée lorsqu'elle est abordée avec justesse, rigueur et humanité. En tenant compte à la fois du fonctionnement neurobiologique, de l'histoire singulière de chaque personne et de son environnement, la prise en charge vise non seulement la disparition des symptômes, mais surtout la restauration d'un sentiment de sécurité intérieure, de cohérence et de dignité. Soigner le trauma, c'est permettre à l'individu de ne plus survivre, mais de recommencer à vivre.



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



- Dérèglement 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 plus de 5 000 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 qui si chacun apporte sa pierre à l'édifice.

Alors ensemble continuons à faire vivre et grandir ce groupe.



Corneille Friess

Je rejoins ce groupe avec beaucoup de respect. Pendant longtemps, j'ai vécu avec des expériences traumatiques liées à des abus d'autorité.

Comme beaucoup ici, j'ai connu le silence, la confusion, la honte.

Je vous remercie pour cet espace d'échange et de compréhension.

Un bilan sanguin complet pour clarifier le trauma



Un traumatisme psychique n'est jamais seulement une histoire qui fait mal à l'âme. Il est une onde de choc qui traverse tout le corps, s'inscrit dans la chair, dérègle les hormones, enflamme les neurones et modifie jusqu'à la chimie la plus intime du cerveau. Lorsqu'une personne a vécu un événement qui a dépassé ses capacités d'adaptation, son organisme ne revient pas simplement à l'état antérieur une fois le danger passé. Il reste, souvent pendant des mois ou des années, en état d'alerte biologique. Le système nerveux autonome continue de croire que la menace est toujours là. Le corps sécrète du cortisol comme s'il devait encore fuir ou combattre. Le cerveau émotionnel reste prêt à déclencher la survie au moindre signal. C'est pourquoi une prise en charge du psychotraumatisme qui se limiterait à la parole ou à la cognition resterait incomplète. Le traumatisme vit dans le corps, et le corps doit pouvoir être écouté.

Le dosage du cortisol matinal est à ce titre l'un des marqueurs les plus parlants. Le cortisol est l'hormone du stress, celle qui permet normalement de mobiliser l'énergie au réveil et de faire face aux défis du jour. Chez de nombreuses personnes traumatisées, cette hormone est soit anormalement élevée, maintenant l'organisme dans une tension permanente, soit au contraire effondrée, signe d'un système de stress épuisé après avoir trop longtemps été sursollicité. Mesurer le cortisol, et surtout le rapport entre le cortisol et la DHEA, revient à lire l'état de fatigue ou d'hyperactivation de l'axe du stress. Cela permet de comprendre pourquoi un patient est épuisé, irritable, dissocié ou incapable de récupérer malgré le repos, et de suivre objectivement le retour à un fonctionnement plus équilibré au fil du travail thérapeutique.

Mais le stress traumatique ne se résume pas à une tempête hormonale. Il est aussi une inflammation silencieuse du cerveau. Les membranes de nos neurones, là où circulent les signaux électriques et chimiques, sont construites à partir d'acides gras. Lorsque l'alimentation moderne, riche en oméga-6 pro-inflammatoires et pauvre en oméga-3 protecteurs, s'ajoute au stress chronique, ces membranes deviennent rigides, irritables, et favorisent une hyperréactivité émotionnelle. Le ratio oméga-6 / oméga-3 mesuré dans les globules rouges est alors une fenêtre directe sur l'état inflammatoire du cerveau. Un ratio élevé signifie que l'amygdale, ce détecteur de menace, baigne dans un terrain biologique qui amplifie la peur, l'anxiété et les réactions de survie. À l'inverse, un ratio qui se rapproche de l'équilibre physiologique et un index oméga-3 élevé témoignent d'un cerveau plus apaisé, plus plastique, plus capable de désapprendre la peur et d'intégrer les souvenirs traumatiques sans être submergé.

Un autre exemple tout aussi parlant est celui de la vitamine D. Longtemps considérée comme une simple vitamine osseuse, elle est aujourd'hui reconnue comme une véritable neuro-hormone. Elle régule l'inflammation, soutient l'immunité et participe à la synthèse de nombreux neurotransmetteurs impliqués dans l'humeur et la motivation. Chez les personnes souffrant de TSPT, les carences sont extrêmement fréquentes et contribuent à la dépression, à la fatigue chronique et à la vulnérabilité émotionnelle. Mesurer et corriger la vitamine D, tout comme les vitamines B9 et B12, revient à offrir au cerveau les cofacteurs nécessaires pour réparer les circuits altérés par le trauma.

Ainsi, le bilan sanguin ne vient pas concurrencer le travail psychothérapeutique, il lui donne une profondeur et une précision nouvelles. Il permet de vérifier si le corps est encore coincé en mode survie, si le cerveau est biologiquement prêt à guérir, et si les grandes fonctions de régulation – hormonales, immunitaires, métaboliques – retrouvent leur équilibre. Refaire ce bilan quelques mois plus tard permet aussi de constater que la guérison n'est pas qu'un ressenti subjectif, mais un processus mesurable, inscrit dans la chair, où le cortisol se normalise, où l'inflammation baisse, où les membranes neuronales se rééquilibrent et où le corps entier cesse peu à peu de vivre comme si le danger était toujours présent. C'est à cette condition que la parole, l'hypnose, la désensibilisation ou le travail sur les mémoires traumatiques peuvent réellement s'ancrer dans un terrain biologique redevenu compatible avec la sécurité et la résilience.

La Clinique du Psychotrauma propose une « fiche pratique » (disponible gratuitement sur demande) sur le bilan sanguin complet à demander à votre médecin traitant pour mesurer toutes les conséquences biologiques et neurobiologiques des psychotraumatismes.

Le repos conscient comme intervention neuro-régulatrice dans les troubles psychotraumatiques et anxieux

Le repos conscient constitue une intervention clinique visant la régulation du système nerveux autonome chez les patients présentant des troubles psychotraumatiques, anxieux et dissociatifs. Contrairement aux techniques de relaxation ou de méditation, il s'agit d'un état intentionnel de mise au repos neurobiologique avec maintien de la conscience. Cet article propose une définition conceptuelle du repos conscient, décrit ses mécanismes neurophysiologiques, précise ses indications cliniques, et présente un protocole prescriptif structuré pour son intégration dans les pratiques thérapeutiques.

1. Introduction

Les troubles psychotraumatiques et anxieux s'accompagnent fréquemment d'une dysrégulation chronique du système nerveux autonome, caractérisée par une hyperactivation sympathique persistante, une altération de la variabilité de la fréquence cardiaque et une perturbation des rythmes veille-sommeil.

Cette hyperactivation constitue un facteur central de fatigue chronique, d'hypervigilance et de vulnérabilité aux rechutes psychopathologiques (van der Kolk, 2014).

Dans ce contexte, le repos conscient apparaît comme une intervention transdiagnostique ciblant directement la régulation neurobiologique, en favorisant un retour progressif à un état de sécurité interne et de tolérance émotionnelle.

2. Définition et cadre conceptuel

2.1 Définition du repos conscient

Le repos conscient est défini comme un état volontaire de mise au repos du système nerveux, avec maintien de la conscience, absence de stimulation cognitive excessive et intention thérapeutique explicite de régulation autonome.

Il se distingue :

- du sommeil (processus physiologique inconscient),
- de la distraction (engagement cognitif actif),
- de la relaxation passive (sans objectif neuro-régulateur structuré).

2.2 Les trois dimensions du repos conscient

Repos somatique : réduction de l'activité musculaire et sensorielle.

Repos attentionnel : focalisation sur les sensations internes sans objectif de performance.

Repos relationnel : co-régulation par la présence sécurisante d'un thérapeute ou d'un environnement d'attachement.

3. Fondements neurobiologiques

Le repos conscient agit sur plusieurs systèmes neurophysiologiques clés :

Activation du système parasympathique ventral (nerf vague), favorisant l'état de sécurité sociale (Porges, 2017).

Diminution de l'activité amygdalienne, réduisant la réactivité aux stimuli menaçants (LeDoux, 2015).

Régulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS), avec diminution de la sécrétion chronique de cortisol (McEwen, 2007).

Augmentation de la variabilité de la fréquence cardiaque (HRV), biomarqueur de résilience neurovégétative (Thayer et al., 2012).

Chez les patients traumatisés, le système nerveux demeure fréquemment bloqué dans des états de survie (fight, flight, freeze, collapse). Le repos conscient favorise une restauration progressive de la neuroception de sécurité.

4. Indications cliniques

Le repos conscient est indiqué dans :

Trouble de stress post-traumatique (TSPT) et TSPT complexe

Troubles anxieux généralisés

États dissociatifs

Burn-out et fatigue compassionnelle

Douleurs chroniques

Addictions (outil de stabilisation neuro-émotionnelle)

Troubles du sommeil

Il constitue une intervention transdiagnostique de stabilisation.

5. Protocole clinique du repos conscient

5.1 Modalités pratiques

Durée : 10 à 20 minutes (adaptable).

Moment privilégié : en soirée, avant le coucher.

Environnement :

lumière absente ou extrêmement tamisée,

silence complet,

absence de stimulation sensorielle (écrans, lecture, musique).

Position : allongée ou semi-assise, posture confortable et immobile.

5.2 Consignes thérapeutiques

Porter attention aux sensations corporelles (poids, contact, respiration).

Observer les pensées sans engagement cognitif.

Abandonner toute notion de performance ou de réussite.

6. Prescription clinique quotidienne

Dans une perspective de stabilisation neurobiologique, il est recommandé de prescrire un repos conscient quotidien, en particulier avant le sommeil.

Instructions au patient :

Éteindre les écrans au moins 30 minutes avant.

S'installer dans une pièce sombre et silencieuse.

Fermer les yeux et porter attention :

au contact du corps avec le support,

au rythme spontané de la respiration.

Si des pensées intrusives émergent, les observer puis revenir aux sensations corporelles.

Durée minimale recommandée : 10 minutes,

augmentée progressivement.

7. Effets thérapeutiques observés

Les observations cliniques et études pilotes suggèrent :

réduction de l'hypervigilance,

amélioration de la qualité du sommeil,

diminution de l'anxiété somatique,

augmentation de l'intéroception,

restauration du sentiment de sécurité interne.

Le repos conscient agit comme un recalibrage du seuil de tolérance neuro-émotionnelle.

8. Limites et précautions

Chez certains patients traumatisés, le repos conscient peut déclencher :

- souvenirs intrusifs,
- dissociation,
- anxiété de lâcher-prise.

Recommandations cliniques :

débuter par des durées brèves (3-5 minutes),

utiliser des ancrages sensoriels (objet, toucher),

pratiquer en co-régulation thérapeutique si nécessaire.

9. Intégration dans les protocoles thérapeutiques

Le repos conscient peut être intégré :

en début de séance (stabilisation),

en inter-séance (prescription quotidienne),

dans l'EMDR, le Somatic Experiencing, l'IFS, la thérapie sensorimotrice,

dans les protocoles de prévention des rechutes addictives.

10. Conclusion

Le repos conscient constitue une intervention clinique essentielle dans la prise en charge des troubles psychotraumatiques et anxieux.

Il ne s'agit pas d'une technique de bien-être, mais d'un outil de régulation neurobiologique visant à restaurer la sécurité interne, prévenir les rechutes psychopathologiques et soutenir la longévité émotionnelle.

Des études contrôlées randomisées sont nécessaires pour valider son efficacité comparative avec d'autres interventions somatiques et attentionnelles.

Références (exemples)

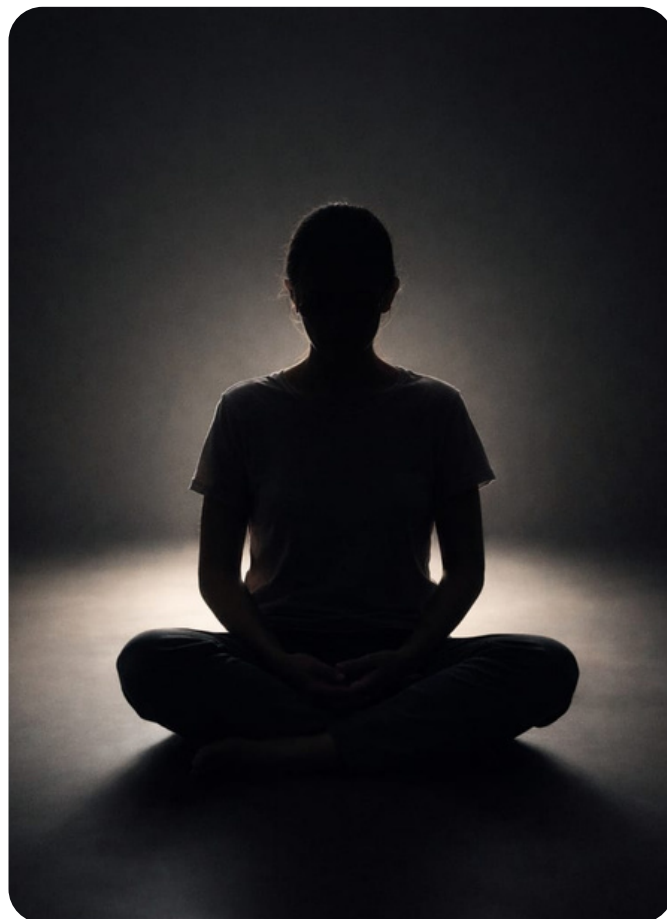
van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score*. Viking.

Porges, S. W. (2017). *The Pocket Guide to the Polyvagal Theory*. Norton.

LeDoux, J. (2015). *Anxious: Using the Brain to Understand and Treat Fear and Anxiety*. Viking.

McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation. *Physiological Reviews*.

Thayer, J. F., et al. (2012). A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies. *Neuroscience & Biobehavioral exact* (publication scientifique, positionnement d'experte, diffusion grand public).



Comment accélérer la prise en charge psychiatrique grâce à la *Clinique du Psychotrauma*

Aujourd'hui, de plus en plus de patients souffrant de troubles psychotraumatiques se retrouvent pris dans une errance thérapeutique longue et épuisante.

Dans un système de santé saturé, débordé, sous tension permanente, les délais pour obtenir une consultation psychiatrique à l'hôpital public ou en Centre Médico-Psychologique (CMP) peuvent atteindre 2 à 6 mois, ou parfois jusqu'à 12 mois. Pour des personnes souffrant de Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) ou de TSPT complexe (TSPT-C), avec des symptômes sévères, dissociatifs ou suicidaires, ces délais sont cliniquement inacceptables. La souffrance psychique ne peut pas attendre.



Une réalité clinique souvent méconnue

Les patients traumatisés présentent fréquemment :

- des reviviscences envahissantes,
- une hyperactivation permanente du système de stress,
- des troubles dissociatifs,
- des troubles du sommeil majeurs,
- une altération profonde du fonctionnement personnel, social et professionnel,
- parfois des idées suicidaires, actives ou passives.

Pourtant, faute d'arguments cliniques clairement formalisés, leurs demandes restent souvent classées comme « non urgentes », malgré un risque réel de décompensation.

Le problème n'est pas l'absence de soins, mais l'accès aux soins.

Dans la psychiatrie publique, l'accès aux consultations ne repose pas sur l'ordre chronologique, mais sur la priorisation clinique du risque.

Or, ce risque est souvent mal identifié, mal formulé ou mal transmis.

Résultat : des patients en grande souffrance attendent des mois, parfois des années, avant une évaluation psychiatrique adaptée.

La réponse de la Clinique du Psychotrauma : une démarche clinique structurée.

La Clinique du Psychotrauma a développé un protocole clinique spécifique permettant d'améliorer et d'accélérer l'orientation vers les soins psychiatriques lorsque ceux-ci sont nécessaires.

1. Un bilan clinique initial approfondi

Chaque patient bénéficie d'un bilan clinique rigoureux, centré sur :

- l'identification des critères cliniques de TSPT et de TSPT-C,
- l'évaluation des symptômes dissociatifs,
- l'analyse de la régulation émotionnelle,
- l'impact fonctionnel (travail, vie familiale, isolement),
- l'évaluation du risque suicidaire et de décompensation.

Ce bilan permet de poser des repères cliniques clairs, fondés sur les données actuelles de la psychotraumatologie et les classifications internationales DSM5 et CIM11.

2. Un rapport clinique détaillé et argumenté

À l'issue de ce bilan, la Clinique du Psychotrauma rédige un rapport clinique structuré, destiné au médecin traitant du patient.

Ce document :

- synthétise les éléments cliniques objectivés,
- met en évidence les indicateurs de gravité,
- précise les limites du suivi ambulatoire isolé,
- justifie la nécessité d'une évaluation psychiatrique prioritaire.

Il ne s'agit pas d'une simple recommandation, mais d'un outil clinique d'aide à la décision médicale.

3. Un relais médical décisif

Grâce à ce rapport, le médecin traitant dispose alors de tous les arguments cliniques nécessaires pour rédiger une demande de prise en charge psychiatrique prioritaire, adressée :

- au CMP de secteur,
- ou à un service hospitalier public.

Cette articulation entre clinique spécialisée et médecine générale permet :

- une meilleure reconnaissance du niveau de risque,
- une priorisation plus rapide des demandes,
- et, dans de nombreux cas, une réduction significative des délais d'accès aux soins psychiatriques.

4. Prise en charge transitoire spécialisée

Dans les situations de détresse psychotraumatique sévère, et compte tenu des délais actuels d'accès aux soins psychiatriques, une prise en charge transitoire par des praticiens spécifiquement formés au psychotrauma peut être indiquée.

Cette prise en charge vise exclusivement à :

- stabiliser le système nerveux,
- réduire l'intensité des symptômes les plus invalidants (dissociation, hyperactivation, troubles somatiques, insomnies, états de sidération),
- prévenir les ruptures de suivi, les passages à l'acte ou les décompensations aiguës,
- maintenir le patient dans une dynamique de soin sécurisée, dans l'attente d'une consultation psychiatrique.

Elle peut mobiliser, de façon coordonnée et non substitutive :

- des psychotraumatologues formés à l'évaluation clinique fine et aux protocoles de stabilisation,
- des praticiens du corps (ostéopathes, sophrologues) intervenant sur la régulation neurovégétative,
- des approches complémentaires encadrées (ex. accompagnement naturopathique ciblé) visant le soutien du sommeil, de l'épuisement physiologique et de la tolérance au stress.

Une démarche au service des patients les plus vulnérables

Cette approche structurée vise un objectif clair : éviter que des patients traumatisés, dissociés ou suicidaires ne restent seuls face à leur souffrance pendant des mois.

Accélérer la prise en charge, ce n'est pas contourner le système, c'est parler son langage clinique, avec rigueur, précision et responsabilité.

Cette prise en charge ne remplace en aucun cas l'évaluation ni le suivi psychiatrique, mais constitue une mesure de soutien clinique intermédiaire, éthique et responsable, au service de la continuité des soins.

En conclusion

Face à l'urgence psychotraumatique et à la saturation du système de soins, la Clinique du Psychotrauma propose une réponse pragmatique, éthique et cliniquement fondée, au service :

- des patients,
- des médecins traitants,
- et des structures publiques de soins.

Pour plus d'informations :

www.lacliniquedupsychotrauma.fr

LA CLINIQUE DU
PSYCHOTRAUMA
STRESS POST-TRAUMATIQUE
BILAN CLINIQUE
PSYCHOTRAUMA & TSPT
Consultation experte – sans engagement

- ✓ 1 séance unique de 90 minutes
- ✓ Comprendre ce qui se joue vraiment
- ✓ Soulager un système nerveux en tension
- ✓ Être orienté sur la suite adaptée

Pour les personnes en souffrance persistante
150€
PRENDRE RENDEZ-VOUS
www.lacliniquedupsychotrauma.fr

Revenir au cœur



Trauma et déconnexion : une clinique de la reconnexion

Le trauma se lit souvent dans le corps avant de se dire dans les mots.

Quand le récit est clair mais que le corps dit autre chose :

Le trauma se reconnaît davantage par le langage du corps que par celui de l'histoire racontée. Une personne peut expliquer avec précision, avoir compris beaucoup de son parcours... et pourtant, son organisme peut raconter tout autre chose : respiration haute qui se bloque, poitrine qui se ferme, mains qui se crispent, pied qui s'agite, regard qui part au loin, voix qui change.

Parfois discret, parfois évident, ce langage est un repère précieux. Quand on apprend à l'écouter, on peut sentir plus tôt les moments où le contact se fragilise — et prévenir la rupture du lien, plutôt que de la constater après coup.

La déconnexion n'est pas un échec : c'est une protection

Ces moments de cassure peuvent passer inaperçus en thérapie, simplement parce que tout le monde n'a pas appris à "lire" le corps. C'est souvent là que les patients se découragent : ils se jugent sans volonté, sans discipline, incapables de "penser correctement", parfois "cas désespérés".

Alors qu'en réalité, leur organisme fait ce qu'il a appris à faire : se protéger. Le trauma n'est pas seulement une affaire de souvenir douloureux. C'est aussi une organisation de survie — souvent très intelligente — qui s'est mise en place quand la sécurité a manqué. Et, dans cette survie, la déconnexion apparaît fréquemment comme une solution.

Les trois visages fréquents de la déconnexion

La déconnexion ne ressemble pas toujours à une "absence". Elle peut revêtir plusieurs formes :

— L'accélération : le cœur s'emballe, le mental tourne, la personne parle beaucoup, cherche des réponses, veut aller vite, veut "résoudre". Le corps est tendu, en alerte.

— La coupure : "je ne sens rien", "je suis vide", "je me sens loin". Parfois un sourire, une politesse, un récit "plat" — et pourtant, à l'intérieur, c'est comme si la présence se retirait.

— Les allers-retours : un instant submergé, l'instant d'après coupé. Beaucoup vivent cela sans réussir à poser des mots précis. Ils se disent "trop sensibles", "trop compliqués", ou même "cassés", alors qu'il s'agit souvent du langage du système nerveux.

Fenêtre de tolérance : rester en lien

Quand vous êtes dans votre fenêtre de tolérance, vous pouvez rester en lien : avec vous-même, avec l'autre, avec le monde, avec ce qui se passe dans une séance avec votre psychologue, médecin ou thérapeute. Vous pouvez ressentir sans être submergé, parler sans vous perdre, pleurer sans vous effondrer, réfléchir sans vous couper.

Quand vous sortez de cette zone, l'organisme bascule : soit vers l'alerte (urgence, tension, agitation, souffle haut), soit vers la coupure (engourdissement, vide, brume, irréalité). Dans ces états, on peut continuer à parler — parfois même très bien — mais l'intégration ne se fait plus de la même manière. Le corps n'enregistre plus "en sécurité".

Quand la thérapie avance hors fenêtre : un coût invisible

On entend parfois : "J'ai fait des années de thérapies. Je comprends tout, mais ça ne change rien." Ce n'est ni un manque d'intelligence ou de capacité mais très souvent, un problème de sécurité.

Quand on travaille en continu sur le récit alors que le système nerveux est déjà en alerte ou déjà coupé, les conséquences peuvent être très concrètes : certaines personnes repartent plus activées (nuits agitées, tension, rumination), d'autres repartent comme anesthésiées, lointaines, avec une sensation d'irréalité. Et, fréquemment, une couche de honte s'ajoute : "Je devrais aller mieux... j'ai tout dit, j'ai compris... et pourtant je suis pareil. Donc je suis irrécupérable."

Il y a aussi un coût plus subtil : la thérapie peut répéter, en version "élégante", quelque chose de déjà connu — se forcer, se suradapter, se dépasser, faire "comme il faut", même quand l'intérieur dit non. Le corps apprend alors que le lien n'est pas un endroit sûr... même si la relation thérapeutique est bienveillante.

Pourquoi revenir au cœur

Le cœur est un repère simple, parce qu'il réagit avant les mots. Quand l'organisme perçoit un danger, son rythme s'accélère, la respiration se raccourcit, la poitrine se serre. Quand il se protège en se coupant, tout peut ralentir, un vide s'installer, une sensation d'éloignement apparaître.

Ce repère est d'autant plus utile que le cœur et le souffle sont liés : à chaque respiration, le rythme cardiaque varie naturellement. Lorsque la respiration devient plus régulière (sans forcer), beaucoup de personnes retrouvent un peu plus de stabilité intérieure — assez pour rester présentes, sentir sans être submergées, et reprendre le fil du lien. Revenir au cœur, ici, ne signifie pas "se calmer" à tout prix. Cela signifie réinstaller une base suffisamment stable pour que la thérapie se fasse en étant présent en soi et avec soi.

Mais parfois, cœur et souffle ne sont pas la bonne porte d'entrée

Dans un état d'alerte très intense, ou lorsque la dissociation est marquée, l'attention sur le cœur ou la respiration peut être insuffisante — voire contre-productive. Dans ces moments, les appuis concrets, l'orientation sensorielle, ou un mouvement doux sont souvent plus accessibles pour revenir au présent.

Encadré pratique : la Pause Cœur

Quand vous sentez que vous partez "trop haut" ou "trop loin" :

1. Choisissez un mot bref pour vous situer : "peur", "vide", "intense", "froid".
2. Prenez un appui concret : pieds au sol, dos contre un dossier, main sur le genou, le coude, ou une couverture douce. (Main sur le cœur uniquement si c'est neutre ou soutenant.)
3. Laissez l'expiration s'allonger légèrement, si c'est possible — même un tout petit peu. Sans forcer, sans chercher à "bien faire".
4. Orientez vos sens lentement : repérez trois éléments visuels, écoutez deux sons, sentez clairement le contact avec le support (sol, dossier, accoudoir).
5. Dites une phrase simple et datée : "Je suis ici, maintenant." / "Il est 15h, samedi, je suis dans mon salon."

Deux précautions : pour certaines personnes, ralentir la respiration augmente l'angoisse ; dans ce cas, appuis + orientation suffisent, et le souffle reste libre. Si la dissociation est forte, un mouvement doux (mains, pieds, marche lente) est parfois plus accessible au début qu'une attention directe sur le cœur.

Une continuité qui traverse les époques

Bien avant nos modèles actuels, certaines cultures avaient déjà repéré que la vie intérieure se lit dans le rythme, le souffle, le cœur. Dans l'Égypte ancienne, le cœur n'était pas seulement un organe : il était aussi associé à la mémoire et à l'intelligence. Dans la médecine tibétaine, la notion de "vent" (rlung) relie souffle, mouvement interne et stabilité de l'esprit : quand ce souffle se dérègle, l'esprit s'agite ou se dissout, et le lien à soi se fragilise.

Ces repères ne "prouvent" rien à eux seuls, mais ils donnent une profondeur de champ à une évidence clinique : quand une personne se déconnecte, revenir au rythme, au souffle, au corps permet souvent de reprendre la thérapie là où le contact redevient possible.

Conclusion

Si le trauma installe une déconnexion, la thérapie devient un art de la reconnexion. Cela demande une écoute sensible du corps et un respect réel de la fenêtre de tolérance. Le cœur, lorsqu'on apprend à l'écouter, aide à retrouver le bon tempo : il indique quand continuer, quand ralentir, quand revenir à l'ancrage avant toute autre exploration. Et, peu à peu, il rouvre une possibilité parfois perdue de vue : habiter son corps, habiter le lien, habiter sa vie.



La psychotraumatologie est une science

Traiter le trauma autrement :

Je lis les commentaires avec attention, et je constate un schéma récurrent : beaucoup d'entre vous souffrez depuis des années, avez consulté plusieurs thérapeutes, tenté l'EMDR, les TCC, la thérapie d'exposition, parfois sans amélioration durable, parfois avec une aggravation paradoxale de vos symptômes. Certains me disent être « résistants au traitement », d'autres pensent être « trop abîmés pour guérir ».

ce que vous décrivez n'est pas un échec thérapeutique de votre part. C'est le résultat prévisible d'une erreur méthodologique qui gangrène notre discipline : l'application de protocoles de désensibilisation avant toute évaluation diagnostique rigoureuse, et surtout, avant toute stabilisation physiologique et comportementale.

En psychotraumatologie clinique, on ne traite pas « le trauma ». On traite une personne traumatisée, avec son histoire, sa neurobiologie actuelle, ses mécanismes de survie, ses comorbidités. Le TSPT simple post-accident n'a rien à voir avec un TSPT complexe développemental. Un trouble dissociatif de l'identité ne se soigne pas comme un deuil traumatique. Un trauma unique à l'âge adulte ne nécessite pas la même approche qu'une accumulation de traumatismes relationnels précoces ayant altéré la construction même de l'identité.

Mais il y a plus grave encore : on ne peut pas désensibiliser efficacement un système nerveux qui fonctionne en mode survie permanente.

On ne peut pas retraiter des souvenirs traumatiques si le cerveau ne dort pas correctement depuis des mois ou des années.

On ne peut pas espérer une régulation émotionnelle durable chez une personne dont l'homéostasie neurochimique est artificiellement maintenue par des substances (alcool, cannabis, benzodiazépines, opiacés) ou par des comportements compulsifs (hyperactivité, hypersexualité, troubles alimentaires, workaholisme).

C'est pourquoi il existe un protocole

Phase 1 – Diagnostic différentiel rigoureux (Cartographie clinique) ou hypothèse thérapeutique avis clinique selon les praticiens
Avant toute intervention thérapeutique : un diagnostic précis. TSPT simple ou complexe ? Trouble dissociatif associé ? Dépression post-traumatique ? Trouble de la personnalité borderline d'origine traumatique ? Deuil compliqué ? Trauma vicariant ? Cette évaluation se fait par entretien clinique structuré, questionnaires validés, anamnèse développementale complète. Elle identifie ce dont vous souffrez réellement, mais aussi ce qui maintient vos symptômes : sommeil, addictions, dissociation, environnement, ressources. Sans ce diagnostic, on travaille à l'aveugle.



Alison Baudouin
Psychotraumatologue

Phase 2 – Restauration du sommeil (Stabilisation neurobiologique)

Un cerveau privé de sommeil profond et de sommeil paradoxal ne consolide pas correctement les mémoires, ne régule pas le cortisol, ne restaure pas ses circuits préfrontaux. Traiter le trauma sur un cerveau en dette de sommeil chronique, c'est construire sur du sable. Cette phase peut nécessiter une collaboration médicale (psychiatre, médecin du sommeil), une hygiène stricte du sommeil, parfois un traitement pharmacologique temporaire. Elle est non négociable et peut prendre plusieurs semaines à plusieurs mois selon la sévérité de l'insomnie.



Phase 3 – Levée progressive des addictions (Restauration de l'authenticité émotionnelle)

Les addictions qu'elles soient chimiques ou comportementales sont des stratégies d'évitement. Elles anesthésient, fragmentent, dissocient. On ne peut pas travailler sur la régulation émotionnelle si les émotions sont systématiquement court-circuitées. Cette phase n'exige pas forcément l'abstinence totale immédiate, mais elle requiert une prise de conscience, une alliance thérapeutique solide, et un engagement progressif dans la réduction de ces comportements. Pour certains patients, cette étape dure plusieurs mois.

C'est normal. C'est même nécessaire. On ne passe pas à la désensibilisation tant que le patient utilise des substances ou des comportements pour s'auto-réguler.

Phase 4 – Désensibilisation adaptée – DTMA ou autre méthode (Traitement proprement dit)

Ce n'est qu'à ce stade et seulement à ce stade qu'on peut envisager la désensibilisation des souvenirs traumatiques. Selon le diagnostic posé en phase 1, selon les ressources du patient, selon la présence ou non de dissociation pathologique, on choisira la DTMA, l'EMDR classique, l'exposition prolongée, la thérapie des schémas, la psychothérapie sensori-motrice, ou une combinaison de plusieurs approches. Mais on ne commence jamais par là. Car un cerveau qui dort mal et qui s'auto-médique ne peut tout simplement pas intégrer le travail de désensibilisation.

Si vous souffrez encore après plusieurs tentatives thérapeutiques, posez-vous cette question : a-t-on posé un diagnostic différentiel précis dès la première séance ? A-t-on évalué la qualité de votre sommeil ? Identifié vos stratégies d'évitement et d'auto-régulation ? Ou a-t-on directement voulu « retraiter vos traumas » sans comprendre pourquoi votre système nerveux reste bloqué en mode survie ?

La psychotraumatologie est une discipline. Elle exige la même rigueur diagnostique et séquentielle que n'importe quelle autre spécialité. On ne fait pas de chimiothérapie sans biopsie. On n'opère pas sans imagerie. On ne désensibilise pas sans avoir d'abord compris, stabilisé, restauré.

Lecture recommandée :



Sur les chemins de la Résilience

À la croisée des neurosciences, de la psychotraumatologie et des approches thérapeutiques modernes, *Sur les chemins de la Résilience* est un ouvrage engagé et profondément humain, né de l'expérience personnelle et professionnelle d'Eric Breteau, ancien sapeur-pompier devenu psychopraticien spécialisé dans le traitement des traumatismes.

Ce livre s'adresse autant aux professionnels de la santé mentale qu'aux personnes en quête de compréhension et de reconstruction après un vécu douloureux.

Ce livre est bien plus qu'un ouvrage technique : c'est un chemin d'espoir pour celles et ceux qui veulent retrouver leur puissance de vie malgré les épreuves.

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

Envoyez-nous votre message à :

contact@lacliniquedupsychotrauma.fr



**LA CLINIQUE DU
PSYCHOTRAUMA**

STRESS POST-TRAUMATIQUE



www.lacliniquedupsychotrauma.fr

www.lacliniquedupsychotrauma.fr