

LA PSYCHOTRAUMATOLOGIE EN ISRAËL

1) Introduction

Définissons quelques notions:

L'expression "Etat de Stress Post-Traumatique" (ESPT) est utilisée en psychotraumatologie et en victimologie.

-Qu'est-ce que la victimologie?

La victimologie, c'est l'étude du comportement des victimes, et de leur prise en charge. C'est une discipline *multidisciplinaire* en pleine croissance, qui regroupe le Droit, la Sociologie, la Psychologie, la Médecine, l'Histoire et la Criminologie.

Une victime est une personne dont le traumatisme subi a été reconnu par le corps social. Les victimes sont de toutes sortes: victimes d'accidents, victimes dans les sociétés où elles vivent (agressions diverses dont sexuelles), victimes des Etats et de leurs représentants (guerres – attentats – esclavage - massacres de masse - génocides).

La victimologie est centrée sur l'étude des prédispositions d'une personne, ou d'un groupe, ou bien d'un peuple, à tenir le rôle de victime, avec comme souci d'améliorer le sort de cette dernière; en offrant aide juridique et médico-psychologique, appui social, recherche historique, exigence de dédommagements, pour alléger ses souffrances.

- Qu'est-ce que la psycho-traumatologie?

La psycho-traumatologie est *uniquement* une discipline médico-psychologique (à la différence de la victimologie), et elle s'intéresse à la clinique du trauma, lorsqu'un sujet, confronté à la mort ou à un risque de détérioration physique (comme dans les agressions sexuelles), développe des troubles pathologiques consécutifs à un événement traumatique grave, reconnu par le corps social.

En psycho-traumatologie, on soigne les personnes qui ont été mises en état de vulnérabilité, et *cela relève de la santé publique.*

-Qu'est-ce que l'Etat de stress post-traumatique (ESPT) (connu dans le monde sous le nom de "Post-Traumatic Stress Disorders" ou PTSD, expression anglo-saxonne)?

C'est un état qui survient chez un sujet qui a été exposé, en tant que témoin, ou en tant que personne confrontée directement, à des événements où des individus ont pu mourir ou être gravement blessés, ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure, ou encore durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée (comme dans les agressions sexuelles et la torture).

Le plus souvent, la réaction du sujet s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance et/ou d'horreur.

L'ESPT est un syndrome qui se traduit par un certain nombre de symptômes.

. Revécu du traumatisme:

-souvenirs répétitifs et envahissants de l'évènement, ce qui entraîne un sentiment de détresse où se mêlent des images, des pensées et des perceptions nocives,

-rêves répétitifs et effrayants (cauchemars) de l'évènement traumatique,

-impression que l'évènement traumatique ne peut que se reproduire, ce qui entraîne des illusions, des hallucinations, des événements dissociatifs et le risque de se retrouver en

position de victime (processus de survictimisation)

- intense détresse lorsque le sujet est exposé à des indices qui évoquent l'évènement traumatisant (bruits, odeurs, vision d'un objet ou d'une personne, etc.),
- problèmes somatiques, physiologiques, surtout lorsque le sujet est confronté à ces indices.

. Comportements d'évitement:

- efforts permanents pour éviter les pensées, sentiments et conversations associés à l'évènement, les activités, les endroits, les personnes, qui réveillent le traumatisme,
- incapacité de se remémorer les aspects importants du traumatisme (amnésie sélective),

- baisse nette de l'intérêt pour des activités autrefois appréciées par le sujet,

- sentiment de détachement d'autrui, de devenir un "étranger",

- incapacité d'éprouver des affects, des sentiments tendres,

- sentiment que l'avenir est bouché, sans espoir.

. Symptômes ne préexistant pas au traumatisme, tels que:

- difficultés d'endormissement et/ou sommeil interrompu

- irritabilité, colères,

- difficultés de concentration,

- hyper vigilance,

- réactions de sursaut exagérées.

. Durée:

- les perturbations décrites plus haut durent plus d'un mois.

. Fonctionnement social:

- le fonctionnement social est perturbé,

- les activités professionnelles ou dans les études sont très perturbées.

. Nature du syndrome:

- ESPT aigu: durée de moins de trois mois,

- chronique: durée de trois mois et plus,

- différé: survient au moins six mois après l'évènement (parfois 20 ans ou plus après...).

Les traumatismes sont plus que des problèmes psychologiques, car ils atteignent souvent le corps. Des familles entières peuvent être décimées, des populations peuvent migrer à cause de l'évènement, des maladies peuvent menacer les groupes humains comme résultat des atteintes, intentionnelles ou non. L'ESPT, pendant longtemps, n'était pas pris en charge, alors que la douleur psychique décrite précédemment a pu compliquer et menacer la vie de générations entières.

2) La société israélienne et la Psychotraumatologie

Israël est un pays jeune, habité par des vieux peuples, au Moyen Orient.

Il a une population de 8,3 millions d'habitants, composée à 80% de Juifs ayant immigré du monde entier. Avant la 2ème guerre mondiale, les immigrants juifs venaient en Palestine, en provenance de l'Europe de l'Est et d'Allemagne. Après la guerre, et dès la création de l'Etat, les plus grosses vagues d'immigrations furent composées de survivants de la Shoah, suivies de Juifs d'Afrique du Nord, Afrique du Sud, Amérique du Sud, d'Ethiopie, de l'Union Soviétique, et récemment de France (où l'antisémitisme des banlieues fait flores).

La population non juive du pays représente environ 1,5 millions de personnes,

composées d'Arabes palestiniens musulmans (14% de la population générale), Chrétiens et Druzes (6%).

Le résultat de cela, c'est une population bigarrée divisée en un grand nombre de communautés, différentes du point de vue religieux, des traditions culturelles, économiques et sociales.

Depuis sa création, l'Etat d'Israël est en état de guerre avec quelques uns de ses voisins, dont les Palestiniens et leurs descendants, qui ont fui lors de la guerre d'Indépendance de l'Etat, et qui avaient refusé le partage de la Palestine, voté par l'ONU le 29 novembre 1947, en un Etat juif et un Etat arabe.

En conséquence, des deux côtés il y a eu de nombreuses victimes.

En Israël, 25.000 soldats ont été tués, et environ 3.500 civils ont péri, depuis 1948.

Les soldats et civils blessés, les veuves, les orphelins, les familles endeuillées, et les survivants des guerres et attentats souffrent souvent d' "ESPT" (ou "PTSD").

Tout ceci entraîne un état de stress et de tension dans la population générale, dont l'apogée a été atteinte lors de l'assassinat d'Yitzhak Rabin, et dernièrement pendant le retrait de Gaza et les 3 dernières guerres (Liban 2 et Hamas 2).

On ne peut pas oublier les conséquences de la Shoah sur les survivants (cf. l'association "Alumim", dont je suis le psychologue et qui a été créée par les enfants juifs cachés en France pendant la 2^{ème} guerre mondiale et qui ont ensuite immigré en Israël) et leurs descendants de 2^{ème} et 3^{ème} générations.

Tout ceci fait que pour de nombreux chercheurs en Psychologie, Israël est "Le laboratoire de la psycho-traumatologie".

Au moment de la création de l'Etat, la population juive comptait environ 650.000 personnes. La théorie freudienne fut introduite dans le pays, même si la lutte pour la survie ne laissa pas vraiment de place à la *réflexion* freudienne.

La plupart des psychanalystes de cette époque étaient venus d'Allemagne et d'Autriche, chassés par le Nazisme des années 30. Ils avaient fondé "La Société Israélienne de Psychanalyse" en 1933 et "L'Institut de Psychanalyse" en 1936, à Jérusalem.

Peu à peu, les idées psychanalytiques firent leur chemin et, après l'indépendance, les mouvements des kibboutzim, l'Education Nationale, et la Médecine s'en inspirèrent pour soigner et intégrer les enfants et adolescents rescapés des camps de concentration nazis.

Parallèlement, des centres de Psychologie furent créés, dont la vocation fut d'utiliser la psychométrie, et de développer la recherche dans le domaine de l'Education et du Travail.

La croissance très rapide de la population juive dans le pays a nécessité des solutions dans le domaine de l'Intégration, de l'Ecole, de l'Emploi, de la Santé mentale, de la Médecine, des Services sociaux, car au trauma de la Shoah, de la guerre israélo-arabe, se rajoutaient ceux de l'immigration.

Les Psychologues (formés pour beaucoup à l'étranger) furent amenés à jouer un rôle de plus en plus essentiel dans le pays, ce qui a conduit à la création de "La Société Israélienne de Psychologie" en 1957.

Le Ministère de la Santé, Le Fonds Général d'aide aux malades établirent des équipes pluridisciplinaires composées de Psychiatres, de Psychologues cliniciens et de travailleurs sociaux, dont les formations sont beaucoup plus longues qu'en France.

Ces équipes travaillèrent dans les hôpitaux psychiatriques, les cliniques de Santé mentale, qui se multiplièrent dans le pays, afin de répondre aux besoins nombreux.

Les Psychologues étaient responsables des psycho-diagnosticues, des psychothérapies et du Conseil. Ils utilisaient principalement la théorie psychanalytique orthodoxe.

De son côté, le Ministère de l'Education Nationale a fondé des Centres de Conseil qui ont employé des Psychologues scolaires; ils ont surtout utilisé des tests dans le but de diagnostiquer les déficiences dans le domaine de l'apprentissage, et dans le domaine des déviances sociales (délinquance).

Plus tard, une autre catégorie s'est installée:

-Rééducation (ou réhabilitation).

Cette dernière s'est mise en place à cause du grand nombre de blessés de guerre et d'attentats, sans oublier les accidentés de la route (encore plus nombreux !).

Dans les années 80, des services de psychologie médicale et du développement de l'enfant ont vu le jour.

En somme, la profession de Psychologue s'est développée en même temps que l'Etat d'Israël, afin de répondre aux besoins de cette société hétérogène et jeune, confrontée à des menaces terribles de toutes sortes.

A cause du fait que le pays est sans cesse menacé dans son existence, cette situation de stress a entraîné un besoin, unique au monde, de soutien psychologique, ce qui fait que les psychologues ont acquis une position très puissante et très influente dans le pays.

La profession de Psychologue est prestigieuse en Israël!

La loi du statut des Psychologues a été votée par la Knesset (Parlement) en 1977. Cette loi a permis d'établir un registre d'inscription en tant que psychologue au ministère de la Santé, quelle que soit la spécialisation.

L'enregistrement dans le livre des Psychologues dépend du « Council of Psychologists » ou « C.O.P. » et est ouvert à tous ceux qui ont réussi un Master's en Psychologie dans une université israélienne (mais cela n'est pas suffisant pour la pratique de la profession, car il faut encore 4 ans de stage reconnu par l'université et sanctionné par la soutenance d'un mémoire). Pour les immigrants, il y a une "Commission des équivalences".

Israël étant un pays de constante immigration. L'énorme immigration en provenance de l'ex-URSS (1.200.000 personnes) a entraîné un gros effort d'intégration afin d'éviter l'augmentation des psycho-traumatismes.

Depuis 1995, un diplôme de 3^{ème} cycle est offert en Psychologie médicale aux psychologues diplômés et aux médecins, à la Faculté de médecine de Tel-Aviv.

3) La pratique de la psycho-traumatologie en Israël

Il y a actuellement environ 7000 psychologues enregistrés au Ministère de la Santé.

Pour ce qui est de la psychothérapie, il y a une grande demande de formation. Depuis 1991, la Faculté de Médecine de Tel-Aviv l'a offerte aux psychologues diplômés (sauf aux psychologues cliniciens, qui ont la formation de psychothérapeute dans leur cursus), aux travailleurs sociaux et aux médecins. Pour ce qui est des méthodes employées dans la pratique, étant donné que beaucoup d'Israéliens (40%) ont immigré du monde entier, il y a un large éventail.

Jusque dans les années 1970, l'approche psychanalytique classique régnait. Mais, depuis, l'influence américaine a fait que l'approche cognitivo-béavioriste a pris de plus en plus d'importance.

Depuis 1980, l'immigration massive d'Argentine (à cause de la dictature des généraux) a permis d'introduire les pratiques lacaniennes (on sait que la France influence beaucoup l'Argentine sur le plan intellectuel). Cela a été renforcé par l'immigration récente des Juifs de France fuyant la persécution musulmane de l'hexagone.

Néanmoins, à cause du nombre très important de traumatismes de guerres et d'attentats, des techniques spéciales de traitement de l'ESPT ont été mises en place et enseignées (ceci est mon domaine dans la pratique et dans l'enseignement).

Dans le public, les médecins et le budget du Ministère de la Santé interdisent souvent au psychologue les méthodes trop longues ou coûteuses. Par exemple, l'entretien avec le patient ne doit pas dépasser 30', et c'est un comité de médecins qui détermine le nombre de séances accordées au patient avec le psychologue.

On passe de la qualité à la quantité.

Néanmoins, dans certains domaines du secteur public, le psychologue garde toute son autonomie et beaucoup d'autorité. Dans l'armée (qui a une importance considérable dans le pays à cause de la guerre et des attentats très nombreux, et qui appelle des réservistes en grand nombre chaque année, et ce jusqu'à leurs 55 ans) il y a 2 unités de psychologie :

L'une est incluse au corps médical, et demande aux psychologues la pratique de tests (psycho-diagnostiques) ainsi que l'assistance aux soldats traumatisés et familles endeuillées. Cette unité est dirigée par un psychiatre militaire.

L'autre est sous les ordres d'un psychologue, militaire de carrière également, et est destinée à la recherche et la formation. L'influence de l'armée américaine y est très grande, mais, récemment, ce service a commencé à s'en libérer et à chercher des méthodes de travail proprement israéliennes, notamment dans le domaine de l'ESPT. L'armée de l'Air, quant à elle, a exigé d'avoir une unité de psychologie séparée (à part des « rampants »...), afin de former et d'aider ses pilotes sur le plan psycho-traumatique.

Dans les prisons et les Centres d'aide aux victimes d'agressions sexuelles, dans les Centres d'Intégration des immigrants, d'aide urgente aux psycho-traumatisés, et dans les Centres de convalescence pour les victimes d'attentats (considérées comme victimes civiles de guerre comme en France), le psychologue est totalement en autorité.

Par exemple, une association comme « NATAL » est totalement dirigée par des psychologues ; elle a pour but de traiter le psycho-trauma pour les victimes d'attentats.

Les psychologues cliniciens travaillent en hôpitaux, dans les caisses maladies (au nombre de 4 dans le pays), dans les Instituts et cliniques privés. Dans tous ces secteurs, ils sont sous les ordres des médecins. Leur travail consiste en thérapies brèves (cognitives/béhavioristes) ou semi-longues (influence psychanalytique), relaxation, bio-feed-backs, EMDR et hypnose. Depuis la 2^{ème} Intifada, beaucoup se sont formés au traitement des psycho-traumatismes.

Les psychologues scolaires, qui ont aussi 10 ans de formation en Israël, sont employés par le Ministère de l'Education Nationale, mais sont sous contrôle du Ministère de la Santé (comme les médecins scolaires). Ils travaillent dans des services où ils reçoivent les enfants à partir de 5 ans. Ils établissent des diagnostics de maturité affective, de problèmes d'apprentissage, cognitifs et affectifs, de comportement, et de psycho-traumatismes (cf. le travail effectué par eux dans les villes de Sderot et d'Ashkelon, durement bombardées ces derniers temps par la Hamas). Ils travaillent aussi en milieu universitaire où ils pratiquent le soutien psychologique pour les étudiants en état de

stress. Leur travail se fait en coordination avec les enseignants et les parents. Les psychologues de « réhabilitation » (sorte de psychomotriciens, mais qui ont eux aussi 10 ans de formation universitaire derrière eux) travaillent aussi en hôpitaux et cliniques. Leur activité consiste à aider mentalement et physiquement les traumatisés, pour qu'ils parviennent au maximum de leurs nouvelles possibilités. Ces psychologues travaillent en équipes : médecins orthopédistes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux, et psychologues du travail (pour le reclassement professionnel). Cette spécialisation est très demandée par les étudiants en psychologie, à cause du nombre très important de polytraumatisés de guerre et d'attentats, sans oublier les accidentés de la route.

Le niveau de formation en neurophysiologie est très élevé chez ces psychologues.

La psychologie médicale est nouvelle en Israël (reconnue officiellement par le Ministère de la Santé en 2001). Jusque là, une grande partie de leur travail était accomplie par les cliniciens et les « réhabilitateurs ».

Actuellement, les psychologues médicaux accompagnent les malades dans le processus de la maladie, jusqu'à la guérison ou la mort. Ils traitent le stress dû à la maladie et/ou au trauma, aident les malades à s'adapter aux nouvelles médications ou pratiquent les soins palliatifs.

Ils travaillent avec les médecins bien sûr, mais prennent part aux décisions médicales, et servent souvent de médiateurs entre le patient et le médecin. Leur formation inclue des bases médicales assez poussées. D'ailleurs certains médecins s'inscrivent aussi dans la formation (ils sont dispensés des matières médicales bien sûr).

Les psychologues israéliens sont souvent envoyés à l'étranger par le gouvernement sur les lieux de catastrophes naturelles, de guerres ou lors d'attaques terroristes. Cela dépend des demandes des pays touchés. Ces psychologues doivent parler les langues les plus usitées dans le monde (anglais – français – espagnol). Leurs compétences sont très appréciées à l'étranger, malgré le blocus politique infligé à Israël par certaines nations.

Ils peuvent travailler aussi dans des ONG israéliennes, dans des organisations judéo-arabes, en collaboration avec des professionnels de la santé palestiniens.

Depuis 1993, les universités de Tel-Aviv et de Gaza ont collaboré et échangé des psychologues et des médecins, afin de partager des informations dans le domaine de la recherche, des soins, et afin de faire avancer le processus de paix. Néanmoins, depuis, la prise du pouvoir par le Hamas à Gaza a donné un coup d'arrêt à ces échanges, à cause du risque de kidnapping des israéliens par le Hamas.

L'organisation dont je suis le président en Israël, «L'Association Israël-France et France-Israël de Victimologie de l'Enfant et de sa Famille », s'est fixé pour but d'aider de manière équitable les victimes de guerre des 2 camps. Nos activités de soins et de recherche sont dans le domaine du Psycho-trauma.

Actuellement, nous élargissons nos contacts hors de l'influence américaine (c'est ce qui explique ma présence périodique en France).

Sur le plan extérieur à la profession, les psychologues israéliens établissent des ponts avec les autres scientifiques, ce en Israël et sur le plan mondial. Il est hautement regrettable que les universitaires israéliens soient ostracisés dans de nombreux pays, à cause de la propagande anti-sioniste, alors qu'ils sont très engagés dans le processus de paix israélo-palestinien, malgré la guerre, le terrorisme, et le traumatisme de la Shoah encore très prégnant dans le pays, chez les derniers survivants et leurs

descendants.

La lutte contre l'antisémitisme en Diaspora commence aussi à être prise en compte, alors que jusque là, la vision israélienne était très simpliste : s'il y avait antisémitisme, il fallait quitter le pays où il se manifestait, et immigrer en Israël. Maintenant il y a une réflexion, car la confusion s'est établie entre l'anti-sionisme et l'antisémitisme un peu partout dans le monde à cause du statut bimillénaire de bouc émissaire des Juifs, ce qui entraîne une augmentation des psycho-traumatismes dans les populations juives et parmi les nouveaux immigrants dans le pays.

4) La mort aigüe en Israël

Comment intervenir auprès des familles endeuillées par la guerre, les attentats?

De 1986 à ce jour, j'ai été amené à intervenir auprès de ces familles brisées en Israël.

Il s'agit d'apporter une aide psychologique aux familles de soldats (et/ou de soldates) tué(e) s ou disparu(e) s à la guerre, de victimes d'attentats (en Israël, ou de personnes mortes pendant leurs périodes sous les drapeaux (assassinats, accidents, décès pour cause de santé, suicides).

La prise en charge est faite par le Ministère de la Sécurité (Défense) et par la Sécurité Sociale (comme en France). En Israël, nous l'avons vu, environ 25.000 familles ont été endeuillées par la guerre, et plus de 3500 par les attentats (sans compter les survivants polytraumatisés.

Les soins sont mis en place immédiatement après la mort, ou la disparition des soldats, et durent tant que les familles le souhaitent, à un rythme de rencontres fixé avec elles. Quant aux thérapeutes (médecins, psychologues, travailleurs sociaux formés par stages en psycho-traumatologie), ils sont libres de renoncer à leur tâche dès qu'ils expriment le désir, à cause de la charge émotionnelle que cela représente pour eux.

Trois cas se présentent:

mort ou disparition d'un *enfant* (fils ou fille pendant le service d'active ou par attentat)

mort ou disparition d'un *mari* (réserviste ou tué par attentat)

mort ou disparition d'un *père* (idem).

L'accompagnement des familles prend différentes formes:

travail sur le deuil, prise en charge de "l'ESPT", déchoquage des familles, débriefing (à vif),

groupes de paroles avec plusieurs familles endeuillées,

rupture de l'isolement des familles (car les victimes font peur à leur entourage) par des rencontres avec des personnes dites "normales" (non endeuillées) de volontaires (formées au minimum à ce genre de pratique) ou par des échanges avec des jeunes (dans les écoles, les bases militaires).

Etant donné ma formation de psychanalyste, j'ai évité les risques de survictimation dus aux interprétations classiques de la conception freudienne du trauma psychique.

La victimologie, et son pendant psycho-médical, la psycho-traumatologie, se sont beaucoup développées depuis les événements du 11 septembre aux USA. C'était une spécialité jusque là délaissée ou mal connue, y compris des médecins, des psychologues et des juristes.

Il s'agissait en fait de traiter un véritable fléau, le plus souvent caché, car, dans la grande majorité des cas, les victimes ne se plaignent pas directement, *par honte et culpabilité*, et ne savent pas comment accéder aux réseaux de prise en charge, même si en Israël (à cause de la guerre interminable) la situation semble meilleure qu'à

l'étranger.

Afin d'éviter une « survictimation », c'est-à-dire le sentiment aggravant qu'ont ces patients isolés de n'être ni entendus, ni compris, le médecin, le psychologue, le juriste, le travailleur social, le travailleur bénévole, spécialisés en Victimologie, doivent devenir des personnages clefs.

On sait, par recherche statistique, qu'une victime a de fortes chances de le redevenir rapidement (en moyenne 68% de cas), soit en tombant gravement malade, soit en se remettant (inconsciemment) dans une situation fortement à risques. Il faut donc aider rapidement les familles endeuillées, car la mort aiguë est une mort non attendue. Il n'y a pas eu de travail préparatoire à cette séparation *définitive*. Les professionnels de l'urgence sont souvent confrontés en Israël à cette nécessité d'annoncer un décès violent et inattendu, notamment aux parents dont le fils, la fille, le père sont morts sous les drapeaux.

Le décès de la personne proche est la source d'une souffrance indicible, et oblige à entamer ce travail d'habituance très pénible qu'on appelle *le deuil*.

Le deuil peut être normal ou devenir pathologique.

Dans le deuil normal on distingue trois périodes:

-Une période inaugurale de choc, divisée en 2 temps:

.Etat de sidération accompagnée de déni (on ne peut pas y croire, surtout s'il s'agit de son enfant),

.Forte décharge émotionnelle lorsque la triste réalité s'impose dans toute sa brutalité; parfois cette décharge émotionnelle s'accompagne de somatisations dangereuses subites (malaises cardio-vasculaires par exemple).

-Une période centrale: la dépression frappe les proches du défunt, car la perte de l'être cher commence à être vraiment réalisée et acceptée. C'est le travail de deuil qui s'effectue. Une psychothérapie orientée sur le traitement des psycho-traumatismes s'impose afin d'aider le sujet frappé de s'en sortir plus vite.

-Fin du deuil: la personne se rétablit, renoue avec ses projets (professionnels, familiaux), même si la "cicatrice psychologique" reste douloureuse par moments (surtout lors des commémorations religieuses ou civiles).

Ce qui est très difficile à assumer chez ces patients, c'est le douloureux sentiment de ne pas avoir assez eu de temps pour dire toute son affection à l'être cher disparu. Ces pensées existent lors de tout deuil, mais, dans le cas de la mort aiguë, surtout de son enfant, la tristesse et la culpabilité sont bien plus importantes. Il y a un vécu d'*inachevé!*

Dans le deuil pathologique, l'immédiateté de la mort entraîne une non-acceptation de l'évènement et le sujet reste prisonnier de sa douleur, de sa culpabilité. Il devient sourd à son entourage, et s'enferme littéralement dans la tombe avec le disparu.

Ceux qui lui sont proches, notamment les autres membres de la famille, en pâtissent et la culpabilité gagne tout le groupe familial. De plus, une somatisation grave peut intervenir et frapper le sujet (infarctus du myocarde – problèmes rénaux, pulmonaires, etc.).

Pour ce qui est de l'annonce de la mort, son importance est capitale, car ses effets peuvent déterminer le futur du travail de deuil en Israël. Il est recommandé que trois personnes s'en chargent: un médecin – un rabbin (ou autre homme de religion, selon l'origine du défunt) – un psychologue. Ces professionnels doivent avoir de l'expérience en la matière pour trouver les mots et rester le temps qu'il faudra.

Il faut pouvoir admettre la mort de l'être cher pour pouvoir vivre sans lui. Le support de l'Autre est capital, mais, souvent, les personnes frappées par la mort aigüe restent seules; on ne peut pas supporter de se mettre à leur place, cela fait trop peur! Après le support affectif initial, les visites se font donc rares. Bien sûr, l'aide des professionnels est capitale, mais les autres sont aussi importantes. En Israël, pays frappé par tant de morts aigües depuis le début de l'épopée sioniste, le volontariat est très développé; ce support de la société est primordial, même s'il faut former ces volontaires au minimum afin d'éviter le phénomène de survictimation.

5) Enfants victimes de guerre

De nombreuses questions se posent lorsque l'on aborde le problème des enfants victimes de guerre : tous les coups sont-ils permis ; existe-t-il des guerres « justes », qui permettent d'utiliser les enfants au nom d'une idéologie ?

Avec les progrès technologiques en matière de communication, l'enfant devient un enjeu de prime importance dans les guerres. Mais, de tous temps, égorger, massacrer ou marquer à vie somatiquement et psychologiquement l'enfant et sa mère, ont permis de mieux contrôler l'ennemi, attaqué dans ses fondements mêmes. Malgré l'invention de l'humanitaire issu des « Lumières », les états majors ont continué d'encourager, voire de planifier les viols et/ou les massacres de femmes et d'enfants. Parmi les exemples récents, les nazis ont exterminé des millions d'enfants et leurs mères ; les nettoyages ethniques (en ex-Yougoslavie) et les génocides (Cambodge, Rwanda) ont fait payer un lourd tribut aux enfants. Les guerres peuvent prendre diverses formes : conflit classique entre des armées ; conflit entraînant des actions radicales contre les populations civiles, comme les génocides (génocide arménien, Shoah, génocide des Tutsis); terrorisme. Cependant, cette distinction n'est que théorique, car les belligérants se doivent non seulement de vaincre les armées ennemies, mais aussi de soumettre les populations. Les conséquences sociales, psychologiques des guerres sont très néfastes pour les enfants survivants.

Me fondant sur ma pratique, je développerai ces conséquences parmi des exemples issus du conflit majeur israélo-palestinien.

Voyons les cas d'enfants palestiniens et israéliens exposés à l'Intifada Al Aksa L'exposé qui va suivre est basé sur une recherche de doctorat (Tamar Lavi, 2002). Il s'agit d'un essai d'évaluation de la nature de l'exposition traumatique que les enfants juifs et arabes ont expérimentée et des conséquences pathogènes.

L'échantillon :

L'échantillon se composait d'environ 1300 sujets, âgés de 13 à 15 ans, vivant dans 6 secteurs différents, en Israël et dans l'Autorité Palestinienne.

Les groupes

	Lieux	Nationalité	Nombre d'enfants
Jérusalem - Centre	Juifs Israéliens	165	
Jérusalem – Gilo (face à Beith-Jallah, ville palestinienne)	Juifs Israéliens	269	
Efrat, Cisjordanie	Juifs Israéliens	135	
Katif, Bande de Gaza	Juifs Israéliens	172	
Autorité Palestinienne (AP)	Palestiniens	245	
Arabes d'Israël	Arabes Israéliens	307	

Total	=SUM(ABOVE) 1293
-------	------------------

Les questionnaires ont été administrés lors de l'été de l'année 2002, pendant la deuxième Intifada, souvent au milieu des combats. Il ne s'agit pas d'une étude *comparative* entre des groupes d'enfants israéliens et palestiniens, parce qu'il y aurait trop de variables porteuses de biais : l'exposition aux combats, la culture, la religion, le statut socio-économique, la forme de guerre asymétrique adoptée par les belligérants (conventionnelle et terroriste). L'échantillon concerne des enfants nés autour de l'année 1987, année de la manifestation de la première Intifada. Ces enfants ont donc grandi, exposés à la violence et aux psychotraumatismes durant toute leur vie.

Outils de l'enquête :

Plusieurs aspects d'exposition ont été étudiés, tels que l'intensité, la durée et la proximité du conflit, qui peuvent permettre de prévoir la symptomatologie observée. L'ESPT a été évalué en utilisant un auto-questionnaire, l'échelle CPTS-RI (Frederick C, Pynoos R, Nadar K, 1987). Les enfants ont été également invités à évaluer les événements qu'ils ont vécus, sur une échelle de 4 points, selon la façon dont ils ont été perturbés par l'évènement pour évaluer la perception *subjective* du danger qu'ils avaient expérimenté. L'accommodation psychologique a été mesurée par un questionnaire sur l'état de stress post-traumatique (ESPT), afin de cerner les symptômes psychologiques d'exposition chronique au traumatisme (inquiétude, fureur, dissociation et dépression) et leur future orientation. La notion d'exposition comprenait ; l'accumulation des événements traumatiques, leur intensité, la perception subjective des menaces par les enfants.

Les résultats :

191 enfants mineurs de 15 ans ont été tués de septembre 2000 à juillet 2002, représentant 13,5% du nombre total des victimes.

Le nombre d'évènements rapportés figure dans le tableau suivant :

	Nombre moyen d'évènements rapportés
Palestiniens dans l'AP	10
Palestiniens, citoyens d'Israël:	6,9
Katif:	11.6
Efrat:	8.5
Jérusalem - Gilo	3,4
Jérusalem - Centre	2.8

Dans tous les groupes d'étude, les garçons ont été sensiblement plus exposés à des événements, en comparaison avec les filles, excepté les enfants dans Gilo (qui se trouve face à Beth-Jallah, donc sous autorité palestinienne), où aucune différence significative en fonction du sexe n'a été trouvée dans ce groupe. L'information concernant l'accumulation des événements est importante, particulièrement dans les domaines de l'exposition chronique. Les enfants qui ont été précédemment exposés à un événement traumatique peuvent être soumis à un grand risque de développer un "ESPT", si, plus tard, ils sont de nouveau exposés. Les résultats de cette étude indiquent que la plupart des enfants ont éprouvé plus d'un événement traumatique dans leur vie, comme le montre le tableau suivant :

Population	Prédominance d'ESPT
Enfants palestiniens dans l'AP:	70,2%
Enfants arabes, citoyens de l'Etat d'Israël	50,2%

Une prédominance de 70 % est considérable. Le taux de 50% d'ESPT rapporté pour les enfants arabes habitant en Israël peut s'expliquer de 2 manières : 1) en tant que minorité, habitant en Israël aujourd'hui, ils sont considérés comme une menace potentielle par l'Etat d'Israël, et vivent dans la peur, surtout depuis de la reprise de l'Intifada ; 2) ils sont exposés aux risques d'attentats terroristes comme tous les citoyens israéliens. Parmi les enfants juifs, les taux les plus inquiétants d'ESPT se rapportent aux sujets vivant dans les implantations des Territoires, comme le montre le tableau suivant :

Population	Prédominance d'ESPT
Centre - Jerusalem:	13.9%
Jérusalem - Gilo:	16.4%
Efrat:	27.4%
Katif:	27.9%

En examinant la sévérité des symptômes, il a été trouvé ce qui suit:

	Centre de Jérusalem	Jérusalem Gilo
ESPT modérés à graves	> 10 %	> 10 %
ESPT légers à sévères.	20 %	30 %

Analyse des résultats

Avant le projet d'évacuation juive du Territoire de Gaza (soit « Goush Katif ») votée par la Knesset, les enfants juifs des implantations vivaient dans une ambiance idéologique très forte et rassurante (confiants dans les prophéties bibliques du retour à Sion, voire coranique, sourate 17, verset 106), établie par leurs parents, ce qui explique, sans doute, le faible taux d'ESPT comparé à celui des enfants palestiniens vivant au même endroit. Chez les enfants arabo-palestiniens, les taux d'ESPT sont importants, particulièrement parmi les enfants vivant dans l'AP. Leur déception, d'être à nouveau occupés (après l'échec d'Oslo), a de plus été renforcée par l'enseignement de la haine anti-juive, largement diffusée dans les manuels scolaires palestiniens et à la télévision, du temps de Yasser Arafat, dès le début de l'Intifada Al-Aksa. Par ailleurs, un véritable culte de la mort a été institué par les organisations islamistes, les invitant à devenir des bombes humaines, afin de gagner le paradis en détruisant l'ennemi.

L'enfant survivant d'une guerre est marqué profondément, et peut manifester un ESPT, des troubles graves de la personnalité ou toutes sortes de troubles (insomnie, dysfonctionnement sexuel, état dépressifs, automutilations, addiction à l'alcool ou à la drogue, comportements agressifs, comportements anti-sociaux, etc.) tout au long de sa vie.

Pour que ces petites victimes puissent guérir de leurs plaies psychologiques, il faut qu'elles soient soignées individuellement et en tant que groupe, et qu'elles puissent voir, vivre, une sanction collective des bourreaux, afin de retrouver une intégrité mentale,

physique, voire religieuse ; il s'agit de *justice restauratrice*, processus enclenché avec le procès du Tribunal Militaire International à Nuremberg en 1945 et celui d'Adolf Eichmann en 1960, en Israël, pour les victimes de la Shoah.

6) Les difficultés émotionnelles rencontrées par les psychologues israéliens spécialisés en psycho-traumatologie

Une étude a été faite par deux chercheurs israéliens en Psychologie, Shaül Shalvi et Diana Luzatto. Elle s'intitule: "Lack of Safe Environment : Emotional Difficulties and Coping among Clinicians treating Traumatized Patients Within a Terrorized Society – Israel 2006". Elle est parue dans le volume 12, n° 4 de décembre 2006, p. 282-292, de la revue *Traumatology*.

Il m'a paru intéressant de rapporter ici les résultats de cette recherche, car elle souligne un aspect important de la pratique du traitement de la psycho-traumatologie en Israël.

En effet, nombre de psychologues, qui soignent les victimes du terrorisme sont susceptibles de souffrir de victimation secondaire, à cause de l'interaction avec leurs patients et à cause du fait qu'ils sont eux-mêmes (ou leurs familles) soumis aux risques d'attentats.

Les attaques terroristes palestiniennes, par bombes humaines sont devenues une routine ces 8 dernières années. D'autres formes d'attaques ont eu lieu également : tirs dans la foule, véhicules chargés d'explosifs explosant dans les marchés, kidnappings de soldats et de civils, attentats par utilisation d'engin de travaux publics, de couteaux, de marteaux, bombardement permanents de villes telles que Sderot (appelée « ville de la terreur ») ou Ashkelon depuis le retrait israélien de Gaza, etc.

Le psychologue et son patient partagent donc une réalité de terreur, ce qui diminue les capacités de résilience chez tous les deux (but recherché par l'ennemi).

Même si le soignant n'est pas directement confronté aux attentats, les reportages à la TV et à la radio maintiennent ce climat de menaces permanentes, dans lequel il doit travailler.

Shalvi et Luzatto ont pris un échantillon de 10 psychologues cliniciens travaillant avec des survivants d'attaques terroristes souffrant de symptômes (à différents degrés) d'ESPT. Ils ont proposé à chacun une interview de 90'.

L'échantillon comprenait 5 femmes et 5 hommes. L'âge variait de 32 à 60 ans.

Les questions de base étaient :

- Combien avez-vous de patients traumatisés dans votre clientèle ?
- Quel genre de trauma traitez-vous ? (terrorisme, viols, victimations aiguës, chroniques)
- Combien de fois prenez-vous des vacances dans l'année ?
- Quel environnement sain vous êtes-vous aménagé ? (famille, amis, groupe de soutien, de traitement pour vous-même) ?

Des questions concernant l'implication personnelle des psychologues furent aussi posées :

- Pourquoi avez-vous choisi le traitement du psycho-traumatisme ?
- Pensez-vous qu'il est difficile pour un clinicien de traiter l'ESPT, alors qu'il est lui-même soumis à un risque potentiel d'attaques terroristes ?
- En quoi le traitement influence-t-il votre sensation de sécurité (le fait de penser à votre famille, de regarder la TV, de monter dans un bus ou dans le train...) ?
- Vous intéressez-vous aux détails *spécifiques* des attaques terroristes qui ont frappé vos

patients (risque de scotomisations) ?

-Avez-vous personnellement été exposé (e) à un évènement traumatique ?

-Comment parvenez-vous à reconstruire un environnement sûr pour votre patient ?

-En quoi ce genre de traitement influence votre vision politique ?

-Pouvez-vous définir le contre-transfert que vous avez avec ces patients ? Est-il différent de celui que vous avez avec les autres patients ?

-Permettez-vous à ces patients un contact avec vous plus flexible que pour les autres patients ?

-Connaissez-vous la littérature concernant la « fatigue de compassion », la victimation secondaire, le « burnout » ?

Tous les 10 ont répondu que traiter des patients psycho-traumatisés fait partie du quotidien de la pratique en Israël. De plus, ils ont tous affirmé que refuser ce genre de patients est très mal vu, car tout le peuple partage cette réalité de terrorisme, et on attend beaucoup des psychologues, pour rassurer et soigner la population.

Tous les membres de l'échantillon ont indiqué qu'ils sont tout à fait conscients de cette réalité partagée avec les patients.

Les résultats de l'enquête ont montré aussi que les cliniciens reconnaissaient une certaine perte des limites dans le traitement, car ils développaient une trop grande identification à leurs victimes. Ils affirmaient même qu'établir des frontières trop rigides avec le patient risquaient d'être nocives pour les deux. C'est ainsi qu'ils permettent à leurs clients de les contacter chez eux, à n'importe quelle heure du jour et de la nuit.

De plus, la recherche a montré que ces thérapeutes avaient perdu la confiance de base dans le genre humain. Pour eux, l'humanité est foncièrement mauvaise (cf. Baruch Goldstein, médecin et psychologue clinicien, qui a assassiné de nombreux arabes dans une mosquée des Territoires en).

Par ailleurs, ces thérapeutes israéliens estiment que les problèmes qu'ils ont à affronter sont différents de ceux rencontrés par leurs collègues des autres pays, même si ces derniers sont aussi soumis aux risques de guerres/attentats (11/09 aux USA, morts récentes de soldats français en Afghanistan), car le nombre d'agressions en Israël est bien plus important. Ils ressentent donc une sensation de solitude professionnelle.

Tous les cliniciens ont reconnu le besoin de soutien pour eux-mêmes, mais ils ne font rien pour l'obtenir, estimant que les autres soignants, ou leurs conjoints sont dans la même situation qu'eux.

Les psychologues israéliens de l'échantillon prennent peu de vacances, par crainte de laisser leurs patients sans soin. Ils sont ébahis lorsqu'ils entendent que leurs collègues européens peuvent prendre jusqu'à un mois de vacances !

Shalvi et Luzzatto parlent d' « emergency routine » i.e. de « routine d'urgence » pour ces psychologues. Ils vivent et travaillent dans l'urgence et sont souvent en « burnout » (comme les policiers ou militaires) sans l'admettre, à cause de l'ambiance générale de stress. Leur position dans la société israélienne est donc « limite » dans ce sens qu'ils ont peu de recul et qu'ils maîtrisent mal leurs contre-transferts.

7) Conclusion

Le futur de la psycho-traumatologie en Israël va dépendre des efforts des universitaires, des praticiens, et des pouvoirs publics. En effet, il faut résoudre les problèmes à l'intérieur de la profession (risque de « burnout ») et à l'extérieur (relation avec

l'ensemble de la population soumise aux stress de toutes sortes). A l'intérieur, en réduisant aussi les tensions entre les cliniciens et les autres spécialistes, en continuant de veiller à la qualité de la formation, en multipliant les programmes de formation permanente, de soutien psychologique aux praticiens, en renforçant les organisations professionnelles, et en veillant à ne pas se couper du monde international de la Psychologie.

En Israël, la profession doit aussi se défendre contre les excès des autres professionnels :

les médecins (comme par le passé, les psychologues doivent pouvoir devenir chefs de service, si leurs compétences d'organisation sont meilleures que celle des médecins présents)

les travailleurs sociaux (formés à l'américaine et qui peuvent pratiquer des psychothérapies) ; leur influence est de plus en plus grande dans le pays.

les infirmières (dont la formation peut aller jusqu'à l'obtention d'un 3^{ème} cycle en infirmerie)

les « pseudo-psychothérapeutes » (Ex. "New Age", les rabbins, dont l'influence bimillénaire est énorme dans le pays, etc.).

Bien que le psychologue spécialisé en psycho-traumatologie soit parfaitement intégré dans le système de soins, il faut donc qu'il puisse redéfinir soigneusement sa pratique, interdire les empiètements opérés par les autres professions, et veiller à ce qu'il n'y ait pas risque de surmenage affectif, en lui permettant de redéfinir les limites de la cure.

Enfin, il faut réduire le fossé paradoxal qui existe entre sa très bonne renommée dans le public et la réalité de sa pratique.

Dr Israël Bernard Feldman
Psychanalyste - Psychologue - Victimologue
Responsable de la Chaire d'enseignement sur la Violence, UNITWIN (Unesco) en
collaboration avec l'Université de Tel- Aviv
Président de l'Association Israël-France de Victimologie de l'enfant et de sa
famille
Chargé de cours international (en français, anglais, espagnol)
Membre du bureau de la Société Israélienne de Psychologie et de la "Word
Society of Victimology"

PAGE

PAGE 9