

**Proposition d'une communication à la Biennale de l'UNAFORIS  
des 4, 5 et 6 juillet 2012 à Nancy  
« Travail social sans frontières : innovation et adaptation »**

**Axe 2 - Les coopérations, réseaux et partenariats internationaux : quels enjeux pour les pratiques interculturelles en travail social ?**

**Guerres et traumatismes :  
du concept de « raccommodement » par le récit de vie**

Cette communication est un état des lieux partiel de ma thèse en Sciences de l'Education que je soutiendrai en novembre 2012, car elle ne portera que sur la partie exploratoire. Son sujet m'a été largement inspiré par ma propre histoire ou plutôt par des rencontres qui m'ont permis de constater les bienfaits de l'écriture. Les plus marquantes sont celles que je dois à un membre de ma famille qui a fait le récit de la guerre d'Algérie qu'il a effectuée à 22 ans comme appelé, et à une amie qui a perdu 37 membres de sa famille dans le génocide du Rwanda, histoire qu'elle a relatée dans deux ouvrages publiés ces dernières années.

Ma question de départ a été formulée de la manière suivante :

En quoi faire le récit de sa vie, lorsque l'on a subi une situation extrême, en l'occurrence une situation de guerre, et donc les traumatismes qui s'y rattachent, peut-il contribuer à réduire ou effacer les séquelles des dits traumatismes ?

Si dans cette question, je préfère l'emploi du verbe "subir" à celui de "vivre", c'est que j'ai inclus dans mon corpus des documents émanant ou recueillis auprès de la deuxième, voire de la troisième génération qui ont suivi les acteurs mêmes de la situation de guerre. Ceci dans le projet d'analyser les effets sur les descendants, à la fois des traumatismes et de la transmission ou non-transmission (j'ajouterai même la "mal-transmission").

La première partie de ma thèse, ici résumée, et qui s'appuie sur un corpus théorique, tentera de définir de manière générale ce qu'est une situation extrême, les traumatismes qu'elle engendre et les moyens de résorption de ces traumatismes dont je postule que l'écriture du récit de son expérience est un de ces moyens.

**La situation extrême, définition**

La locution « situation extrême » aurait été proposée en premier lieu par Bruno Bettelheim en 1979, dans son livre *Survivre*. Quatre critères principaux, destinés à la définir, sont apparus dans mes lectures : le voisinage avec la mort, la brutalité des événements, l'éclatement de l'identité et enfin le vécu singulier de l'épreuve.

Fabienne Castaignos-Leblond désigne par situation extrême « un ensemble d'évènements qui plongent les individus dans des conditions radicalement différentes de leur vie habituelle. Elle se caractérise, dit-elle, par une intensité insupportable qui plonge dans la souffrance et par une dimension de violence qui ébranle une vie ». Elle est « une situation non voulue, imposée par l'extérieur [...] et qui menace [la] vie de la personne ». Par ailleurs, cet ensemble d'évènements, « de par leurs caractères brusques et radicaux, entraînent un changement [...] tel que l'individu est inévitablement acculé à se battre pour ne pas mourir et survivre ». Du même coup, occupé à lutter, l'individu réalise que « sa vie est devenue éphémère et fragile », il devient conscient « du temps qui passe [...] et qui reste, et de sa propre finitude » (2001, p.189).

Je m'autoriserai à élargir le concept à ceux et celles qui n'ont pas nécessairement été eux-mêmes menacés dans leur intégrité, mais qui, parce qu'ils ont été spectateurs ou parce

que cette menace leur a été transmise en héritage, ressentent ce “voisinage” ou cette proximité avec la mort ou avec un grave danger.

L'autre aspect est que compte tenu des risques encourus par le sujet et de la violence du choc ressenti, la « situation extrême entraîne une déstructuration de l'identité, une perte de consistance des repères, un éclatement des cadres de référence ». Les événements brutaux, vécus ou “reçus” dans l'angoisse, sont assimilés à des « expériences de passage, non seulement d'un état à un autre mais de passage intérieur vers l'intérieur de soi où se joue sa propre refondation » (p.190).

Dernier critère qui définit une situation extrême, c'est sa relativité. « Il n'existe pas d'extrême “objectif”, nous disent deux chercheurs qui ont observé les réactions de chirurgiens humanitaires soumis à des conflits armés violents dans des pays où ils étaient partis soigner des victimes, et où ils en étaient à leur tour devenus. « La notion d'extrême reste très relative, en fonction du cumul des traumatismes et des individus ». Et ils prennent l'exemple d'une personne pour qui « ce fut l'odeur de la mort au Rwanda, après les violences objectives, qui fit “déborder le vase” » (Ouss-Ryngaert-Dixméras, 2003, p.56-57).

### **De la situation extrême aux traumatismes**

Si la situation extrême est un état dans lequel se trouve placé un individu, le traumatisme est déclenché par un ou plusieurs événements liés à cet état. Bien que connu depuis longtemps, le traumatisme n'a fait l'objet d'un réel intérêt du côté des politiques publiques de santé que très récemment, et tout particulièrement s'agissant des traumatismes de guerre.

Sandor Ferenczi décrivait au début du 20<sup>ème</sup> siècle, le traumatisme comme « un choc inattendu, non préparé et écrasant ». De langue germanique, il employait « le mot *Erschütterung* (commotion psychique) » qui vient de « *schutt* (débris) ». Cette « commotion psychique, disait-il alors, vient toujours sans préparation. Elle a dû être précédée par le sentiment d'être sûr de soi, dans lequel par suite des événements, on s'est senti déçu » (Ferenczi, 2006, p.20-21) .

Autre caractéristique sur laquelle se rejoignent plusieurs spécialistes : « Le traumatisme est plus grave lorsqu'il provient d'une main humaine. » (Reznik, 2008) D'ailleurs, certains auteurs ont distingué les « traumatismes extrêmes et (les) traumatismes intentionnels » (Baubet-Morot, 2003, p.74). C'est ce que dit aussi Tiphaine Dequesne, psychologue clinicienne qui a travaillé auprès de réfugiés Khmers après le génocide : « L'auteur du crime est ici le gouvernement censé protéger l'individu (...) situation impensable » (2008, p.7).

Au traumatisme premier peut donc en succéder un second, parfois plus dévastateur et souvent moins visible... Et parmi les nombreux traumatismes secondaires, j'en ai identifié quatre mais j'en retiendrai ici trois qui peuvent s'appliquer à la catégorie qui m'intéresse. Le premier concerne l'absence cruelle de l'entourage pendant que certains soldats, au cours de différentes guerres, se trouvaient éloignés de chez eux. Pour les prisonniers, ce manque était d'autant plus fortement ressenti qu'aucune échéance ne pouvait être espérée. C'est ce que décrit Monsieur Boudot: « Il faut se rendre compte, insiste-t-il, que sur 1 Million 800 000 prisonniers de guerre (durant la période 39-45), la moitié étaient mariés et la moitié de ces derniers pères de famille » (Boudot, 1993, p.92). Ce qui est également souvent pointé par les témoins, et qui génère un second traumatisme, c'est l'absence de reconnaissance de la gravité des événements que des Etats infligent à leurs propres citoyens. Celle-ci s'exprime par un phénomène d'euphémisation que l'on retrouve en France dans les conflits armés de la seconde moitié du 20<sup>ème</sup> siècle et particulièrement concernant la Guerre d'Algérie. Sur la Chaîne Public Sénat, spécialistes sont évoquées « des stratégies d'atténuation. Et parmi (celles-ci), il y a le fait d'utiliser des mots plus vagues, comme conflit, comme hostilités, comme

affrontement. On peut aussi se réfugier dans des mots plus précis, comme frappe, opération, et on peut même utiliser des locutions dans lesquelles on va employer des mots qui seront le contraire de la guerre, comme opération de pacification, opération de sécurisation » (Bernet, 2008).

Enfin, la guerre « est la levée et l'inversion d'un interdit fondamental "tu ne tueras point", interdit qui institue nos comportements comme humains, qui est la condition même du lien social » (Castaignos-Leblond, 2001, p.94).

Dans ces psycho-traumatismes, trois phases ont pu être repérées: à court terme, à moyen terme ou en différé, c'est-à-dire six mois après l'évènement. Dans la première phase, il y aurait « arrêt de toute espèce d'activité psychique, joint à l'instauration d'un état de passivité dépourvue de toute résistance ». Paralyse qui inclurait « aussi l'arrêt de la pensée (...), l'écroulement, la perte de sa forme propre et l'acceptation facile et sans résistance d'une forme octroyée, "à la manière d'un sac de farine" » (Ferenczi, 2006, p.33). Toujours dans cette première étape, la seconde réaction possible, qui est parfois considérée comme un mécanisme de défense, est ce que Ferenczi a d'abord appelé la fragmentation. « Face à l'effet destructeur du trauma, disait-il, le psychisme adopte entre autres stratégies de survie, la « fragmentation d'une partie du moi ». Cet éclatement intérieur va amener ce même Ferenczi à décrire « l'une des intuitions cliniques les plus fécondes qu'il nous ait laissées » et qu'il a désignée ensuite sous l'expression d'"auto-clivage narcissique". Dans ce mécanisme de protection, « le patient se dédouble : une partie de la personne continue de vivre et de se développer, tandis qu'une autre, enkystée, subsiste en état de stagnation, apparemment inactivée, mais prête à se réactiver à la première occasion : une partie éveillée, une partie morte ». Ce clivage laisse le trauma en souffrance, « c'est-à-dire en attente de remémoration et de représentations auxquelles se relier, mais aussi en attente d'être souffert (...). "Ce que vous ne voulez ni ressentir, ni savoir, ni vous rappeler, est encore pire que les symptômes dans lesquels vous vous réfugiez" » (Ferenczi, 2006, p.3).

Au moment du retour dans un milieu protégé, on entre dans la deuxième phase où différents effets du traumatisme se produiront très fréquemment. Ainsi, dans un ouvrage sur les enfants Juifs cachés durant l'Occupation Allemande, Michèle, née en 1936, raconte son père « arrêté en 1941 et interné dans un camp du Loiret avant d'être déporté, il reviendra en 1945, pesant 34 Kilos et présentera rapidement des accès dépressifs avec tentative de suicide. Son caractère s'est totalement modifié avec l'expérience concentrationnaire ». Michèle se souvient : « "Il ne comprenait pas que je refuse de manger. J'avais le souvenir d'un papa doux, mais il était devenu épouvantable, j'avais peur de lui". » (Mouchenik, 2006, p.19) Cet autre, qui est revenu de la guerre ou des camps de la mort, a subi ce que j'ai retrouvé à de nombreuses reprises dans mes lectures sous le nom de métamorphose. Ce phénomène fait partie d'un des invariants culturels. « Le changement dans l'appréhension du monde est le second élément qui marque l'effet traumatisant : effondrement des idéaux, des croyances, du sens, désinvestissement objectal, sentiments d'abandon, de rage, etc [...] le sujet ne se sent plus le même et ses proches ne le "reconnaissent plus". »

Autre effet du traumatisme qui intervient dans cette seconde période: la reviviscence. Cette situation à savoir revivre un évènement qui a été réel mais ne l'est plus, est probablement d'autant plus fréquente qu'il reste à la personne des stigmates physiques qui le lui rappellent à chaque instant. « L'image traumatique pénètre dans l'appareil psychique [et son] resurgissement en sens inverse [...] dans les cauchemars et les reviviscences provoque le même effet. Il y a donc là une expérience terrifiante où l'homme perd sa qualité d'"être parlant". » (Baubet-Moro, 2003, p.86)

Enfin, je terminerai sur la notion de culpabilité évoquée dans la postface de l'ouvrage de Fabienne Castaignos-Leblond : « Un jour, ils sont partis [...] certains [...] sont rentrés.

Mais sont-ils pour autant revenus de là où ils étaient ? Quelques-uns sont rentrés et pourtant, ce n'étaient plus les mêmes. Souvent, c'était visible, la différence [...]. Après la guerre d'Algérie, ils sont rentrés, aussi, mais secrètement amputés [...]. Muets ou racontant, l'horreur était inscrite en eux de façon indélébile ; muets ou racontant, ils rentraient meurtris, honteux, comme en trop, ne supportant plus de faire partie de ce monde : témoins gênants et récusés de l'inavouable qu'ils avaient rencontré et vécu.» (2001, p.265)

Si ces effets du traumatisme se conjuguent, et qu'ils perdurent au-delà des six mois que l'on estime être un temps d'intégration du trauma "acceptable", le sujet peut devenir alors « un écorché relationnel, abandonné à sa solitude (et qui) évolue vers l'agonie psychique. Sans émotions intimes et sans jalons extérieurs, la mémoire reste vide. Pour la remplir, il faut qu'une relation (la) stimule » (Cyrulnik, 2006, p.66) et que le sujet puisse mettre en mots ce qui lui est arrivé afin d'éclairer lentement cette partie confuse de sa personnalité. Ainsi, petit à petit, il va redevenir entier.

### **La prise en charge, hier et aujourd'hui**

« Il a fallu attendre la moitié du 19<sup>ème</sup> siècle pour que la question des conséquences psychologiques à long terme soit étudiée. » (Dequesne, 2008, p.1) Ceci est confirmé par un documentaire allemand portant sur la guerre 14-18, où des images d'archives saisissantes sont ainsi commentées : « Il y a un phénomène que de nombreux médecins ne connaissaient pas. Dans l'enfer de la guerre des tranchées, les hommes ont les nerfs qui lâchent. On les appelle les "trembleurs de la guerre". » (Knopp, 2008)

Mais le véritable tournant dans la prise de conscience des médecins et des pouvoirs publics s'opère au retour des vétérans américains du Vietnam. Le Post-Traumatic Syndrom Disorder (PTSD) est alors défini. Appelé stress post-traumatique en Français, il a permis « une reconnaissance de leurs troubles, leur médicalisation et leur prise en charge par les systèmes d'assurance ». De plus, cela a aussi permis « de conférer un statut de victime aux vétérans, et de leur donner une absolution morale » (Baubet-Moro, 2003, p.73). En effet, dans cette guerre du Vietnam qui s'enlise dès 1967, « les pertes sont de plus en plus lourdes ». Les manifestations se développent alors aux Etats-Unis, les médias permettant aux cinquante Millions de citoyens américains, « stupéfaits », de suivre « à la télévision et en direct les combats dans la capitale vietnamienne le 31 Janvier 1968 (...). La presse américaine évoque le fantôme de Stalingrad. » (Rotman, 2008)

Pour que le PTSD soit reconnu, « le sujet doit avoir été confronté à un ou plusieurs évènements traumatiques ayant provoqué une réaction immédiate de "peur intense, d'impuissance ou d'horreur", et avoir présenté, en général dans les six mois suivant l'exposition à l'évènement traumatique, et pour une durée supérieure à un mois, un ensemble de symptômes causant une "souffrance significative" et comprenant l'association de symptômes de reviviscence, d'évitement des stimuli à même de rappeler l'évènement traumatique, d'un émoussement de la réactivité générale, et d'une hyper-activation neurovégétative ». (Baubet-Moro, 2003, p.72)

Depuis une dizaine d'années, deux courants semblent s'opposer dans la prise en charge des traumatismes. D'un côté, on affirme que « la conviction de l'importance de la prise en charge psychologique des personnes victimes d'évènements traumatiques a gagné peu à peu les organisations humanitaires ». Ces tenants de l'intervention immédiate ont la conviction que « dans le trauma psychique, la question du temps est centrale. On sait que le traumatisme psychique est caractérisé par le syndrome de répétition. Les cauchemars récurrents ponctuent les nuits du sujet, les flash-back font intrusion dans sa vie quotidienne. Le patient revit sans cesse l'évènement comme s'il était en train de survenir » (Vercelletti, Godain, Lachal, Bertandeu, 2003, p.83). Leurs contradicteurs posent, eux, la question suivante: n'y a-t-il pas un « risque de psychologiser la société ? ». (Infrarouge, 2008)

Alors, intervenir tout de suite ou plus tard ? Cette question ne devrait-elle pas être traitée autrement, à savoir : ne faudrait-il pas intervenir tout de suite et plus tard, mais sous des formes différentes ?

C'est ce que préconise en tout cas Bernard Rimé dans son interview au *Journal des Psychologues*. Il propose une nouvelle lecture des émotions qui, selon lui, « signalent les limites du savoir ; elles assurent temporairement et tant bien que mal un relais ; elles maintiennent ensuite la pression tant qu'une révision du savoir pris en défaut n'est pas accomplie ». Autrement dit, même les émotions les plus violentes, celles qui paralysent ou nous mettent en "pilotage automatique", sont utiles. Ensuite, « en ce qui concerne la résorption de l'impact des expériences émotionnelles » les plus extrêmes, les données que Bernard Rimé a recueillies suggèrent qu'elle « passe par deux voies différentes, complémentaires et aussi importantes l'une que l'autre. Il s'agit, explique-t-il, d'une part, de la voie socio-affective, qui comporte le réconfort et l'apaisement, la reconnaissance et la validation de l'expérience, le soutien social, le contact, l'empathie et même un certain degré de fusion émotionnelle ». A cette première étape, celle de la réparation, Bernard Rimé en ajoute donc une deuxième : « Il s'agit, d'autre part, de la voie cognitive, qui implique notamment la relecture et le recadrage de l'évènement, la révision des priorités, le réaménagement des systèmes d'appréhension du monde, la recherche et la production du sens ». Il considère que « dans l'immédiat de l'après-émotion, la personne concernée [...] est pleinement accessible alors qu'elle est généralement fermée à la seconde ». En revanche, ajoute-t-il, la « seconde voie est efficace pour réduire l'impact qu'un épisode émotionnel passé peut conserver sur l'expérience actuelle », ce qui est le cas dans le PTSD. Et pour cette deuxième phase, a-t-il observé, « avec le temps et le recul, la voie cognitive devient ensuite davantage abordable » (2006, p.74) à condition d'être aidé par des personnes compétentes.

C'est ce que préconise également un concept très en vogue qui est celui de la résilience, processus qui vient dans l'après-coup, lorsque le sujet est "sorti" de la situation, à tout le moins quand il n'est plus mis en situation. « Le mot de résilience évoquant étymologiquement l'idée de ressaut, de rebondissement s'applique d'abord en physique à la possibilité d'évaluer la résistance au choc d'un matériau. Passé dans les sciences sociales, il désigne « la capacité à réussir à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative [...]. Triompher de l'adversité et d'épreuves terrifiantes, garder l'aptitude à développer une vie humaine en dépit ou à cause d'attaques traumatiques très lourdes décrit bien la résilience permettant que "ce qui ne tue pas m'aguerrit" (Nietzsche) » (Ascher- Jouet, 2004, p.174). Et pourtant, mal compris, le terme de résilience devient l'envers de celui de vulnérabilité psychique ou de fragilité de la personnalité. Boris Cyrulnik, son importateur en France, ne craint pas d'affronter cette question : « Certains parmi nous paraissent invulnérables.[...]. Existerait-il un gène de la résilience ? Les petits transporteurs de sérotonine seraient-ils capables d'organiser un style d'existence paisible qui leur éviterait la dépression et les épanouirait quand même ? ». Selon lui, une réponse univoque, surtout lorsqu'elle est d'ordre biologique, est « une pensée facile ». En revanche, « une rencontre affective, un simple mot ou un circuitage des neurones tracé lors des petites années, peut nous faire passer du malheur au bonheur » (2006, p.13).

Pour terminer sur cette manière de regarder plutôt la moitié pleine de la bouteille que la moitié vide, il me semble important de retenir ceci, qui rejoint à nouveau le débat que j'ai essayé de soulever sur le temps propice à l'intervention. Soigner, nourrir, laver « est une nécessité physique bien sûr, mais ne déclenche pas un processus de résilience. De même que ce qui fait le traumatisme nécessite un coup dans le réel suivi de la représentation de ce coup, on peut dire que ce qui fera la résilience nécessite une réparation du coup réel, suivie d'une réparation de la représentation de ce coup ». Un jour ou l'autre, un trauma doit se transformer

en souvenir. Car « si on le fait revenir sans cesse, si on le rumine, on ne pourra que l'amplifier et se rendre prisonnier du passé. Mais si on en fait un spectacle, une réflexion, une relation, un éclat de rire même, on devient celui qui donne et répare ainsi l'estime de soi blessée » (Cyrulnik, 2006, p.55-56).

### **De la résilience au « raccommodement »**

La partie exploratoire de cette recherche a permis de dégager ce qui peut faire résilience dans la production d'un récit de guerre. Entre autres choses, il est apparu un effet d'auto formation pour le sujet narrateur : élaborer et produire un récit permet de clarifier, de rendre visible et de donner du sens, donc de créer de la connaissance.

Ce récit, introduit parfois auprès de ses proches ou dans une petite communauté de destins semblables et, après, inséré dans la communauté des hommes, génère un sentiment d'appartenance, de retour à la vie "normale". Il déclenche aussi des effets de sauvegarde du sujet (survie, apaisement et réconciliation ont été décrits) ; de libération (évacuation, projection hors de soi) ; de justice et de réhabilitation ; de catharsis (épuration du drame par la mise en mots) et peut même avoir, en guise d'effets secondaires, non recherchés mais bénéfiques, des effets "thérapeutiques" au sens de soigner plutôt que guérir.

Mais ce qui, au terme de cette première partie de la recherche, m'apparaît comme étant l'effet essentiel, et qui regroupe d'une certaine manière tous les autres, est celui que j'appellerai, à l'aide d'un néologisme, l'effet de "raccommodement". A nuancer quelque peu de la résilience qui définit la capacité d'un corps à résister aux atteintes en reprenant sa forme initiale à l'image d'un ressort, le raccommodement désignerait la capacité d'un même corps à supporter les agressions en se recousant et en s'ajustant à chaque épreuve. Autrement dit, à l'instar d'un tissu qui s'est trouvé déchiré, ou dont les parties se sont trouvées séparées, le sujet est réparé et peut continuer à assumer ses rôles dans la vie. Il n'est donc "plus tout à fait le même, ni tout à fait un autre". Il conserve la même allure générale mais avec de discrètes cicatrices ou des pièces qui peuvent parfois même le renforcer. Pourquoi pas seulement raccommodage ? Parce qu'à la métaphore textile, j'ai ajouté la métaphore optique, celle de la faculté d'accommodement de l'œil ; la métaphore comportementale : l'accommodement à une situation qui nous bouscule au départ et avec laquelle on finit par composer et trouver un *modus vivendi* ; la métaphore relationnelle : se raccommoder avec autrui suite à une fâcherie. Le raccommodement serait donc en quelque sorte une notion nouvelle qui serait le produit de toutes les notions voisines rappelées plus tôt. Il désignerait l'aptitude d'un sujet ayant été victime d'une situation extrême, et en ayant conservé des traumatismes, à se réparer des dommages causés, à ajuster sa manière de vivre aux effets qu'ils ont laissés derrière eux, à les accepter, enfin à se (ré)concilier avec la personne que la vie l'a fait devenir.

Cette aptitude, qui varie sans doute au départ d'un individu à l'autre, pourrait donc être déployée ou renforcée par la production d'un récit de vie, si les conditions de son élaboration et de son recueil sont favorables. Et peut-être d'autant plus qu'il s'agirait d'un récit écrit qui permet distanciation, symbolisation, expression artistique et qui, se matérialisant par un objet, peut facilement faire trace et, un jour, se détacher, se laisser prendre et transmettre.

### **Conclusion : Les récits de vie comme aide au processus de « raccommodement »**

C'est ce travail de mémoire, qui peut peut-être permettre de parvenir paisiblement à l'oubli, qui m'a conduit à rencontrer des appelés d'Algérie qui avaient fait le récit de leur expérience, 40 ans après. J'ai donc pu en trouver quatre, dont j'ai étudié les manuscrits et que j'ai rencontrés durant l'été 2010.

Si je retiens la définition d'Alex Lainé qui distingue le récit de vie de l'histoire de vie ainsi<sup>1</sup>, je pense pouvoir dire que ces longs et riches entretiens m'ont permis de pousser le récit un peu plus loin, d'en faire une lecture partagée, de poser des hypothèses de compréhension, qui pour certaines n'avaient pas été envisagées par leurs auteurs ou pas avec la même acuité. En cela, je pense pouvoir dire que j'ai pratiqué la méthode des histoires de vie comme une co-construction du sens.

En conclusion à la problématisation de ma recherche, je suis parvenue à l'hypothèse centrale suivante, qui peut s'appliquer à toutes les populations vivant ou arrivant sur notre sol après avoir vécu des traumatismes de guerre: Les récits de vie rétrospectifs, qui portent sur le vécu d'une période de guerre, favorisent le raccommodement de soi.

Corinne Chaput-Le Bars

Responsable du PREFAS

IRTS de Basse-Normandie

Doctorante en Sciences de l'Education en 4<sup>ème</sup> année à l'Université de Nantes

### Bibliographie

- Ascher, J, Jouet J-P., *La greffe. Entre biologie et psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, 2004.
- Baubet T. (2008). *Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique*. Infrarouge. France 2.
- Baubet T., Moro M-R., « Cultures et soins du trauma psychique en situation humanitaire », *Soigner malgré tout*, Grenoble, La pensée sauvage Editions, 2003.
- Bernet C., « Les mots pour le dire ». *Déshabillons-les*, Chaîne Public Sénat, 2008.
- Boudot M., « Epreuves collectives et mémoires. L'expérience de la captivité. Histoires de vie des prisonniers de guerre 1939-1945 », *Colloque de Tours*, 1993.
- Castaignos-Leblond F., *Traumatismes historiques et dialogue intergénérationnel. Un difficile exercice de mémoire*, Paris, L'Harmattan, 2001.
- Cyrulnik B., *De chair et d'âme*, Paris, Odile Jacob, 2006.
- Dequesne T., « Vécu traumatique, migratoire et résilient des réfugiés Khmers de France après le génocide Khmer rouge: quand la culture crie en silence », *Colloque Terrains d'Asile*, 2008.
- Ferenczy S., *Le traumatisme*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2006.
- Knopp G., *Die Hölle von Verdun*, Arte, 2008.
- Lainé A., *Faire de sa vie une histoire. Théories et pratiques de l'histoire de vie en formation*, Paris, Desclée de Brouwers, 1998.
- Mouchenik Y., *Ce n'est qu'un nom sur une liste mais c'est mon cimetière. Traumas, deuils et transmission chez les enfants juifs cachés en France pendant l'Occupation*, Grenoble, La pensée sauvage Editions, 2006.
- Reznik A., « La rencontre transculturelle. Comment penser les migrants autrement ? », *Journée d'étude de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales du Calvados*, Caen, 2008.
- Rimé B., « Le partage social des émotions », *Le Journal des psychologues*, n° 248, 2006, p. 72-75.
- Rotman P., « 68 », France 2, 2008.
- Ouss-Ryngaert L, Dixméras J-P., « Que vivent les équipes dans les situations extrêmes », Baubet T. et Moro M-R., (dir.), *Soigner malgré tout*, Grenoble, La pensée sauvage Editions, 2003.
- Verceletti C., Godain G., Lachal C., Bertandeau F., « Intervenir à distance du trauma: une urgence en Sierra Leone », *Soigner malgré tout*, Baubet T. et Moro M.-R., (dir.), Grenoble, La pensée sauvage Editions, 2003.

---

<sup>1</sup> « Le récit est un moment dans le processus de production d'une histoire de vie. C'est celui de l'énonciation écrite et/ou orale de sa vie passée par le narrateur. L'histoire de vie commence pleinement avec le travail de ce matériau, le repérage des structures selon lesquelles la vie et le récit peuvent être organisés, la mise au jour du sens dont la vie et le récit sont porteurs (...). Histoire de vie = récit de vie + analyse des faits rapportés. » (1998).

