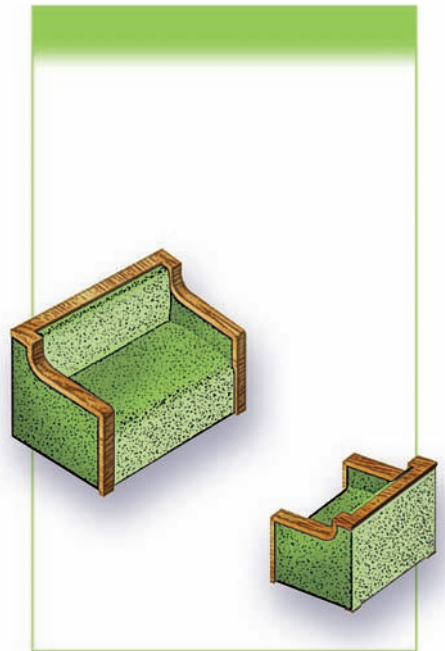




Traiter les traumatismes psychiques

Clinique et
prise en charge

Préface de
Liliane Daligand



Traiter
les traumatismes
psychiques

Collection *Psychothérapies* (Extraits)

OUVRAGES GÉNÉRAUX

- J. AUDET, D. KATZ, *Précis de victimologie générale*
C. BALLOUARD, *Le Travail du psychomotricien*
M. BERTRAND, *Trois outils pour la psychanalyse*
A. BIOY, A. MAQUET, *Se former à la relation d'aide*
A. BOYER-LABROUCHE, *Manuel d'art-thérapie*
M.-C. CÉLÉRIER, *Psychothérapie des troubles somatiques*
O. CHAMBON, M. MARIE-CARDINE, *Les Bases de la psychothérapie*
J.-P. CHARTIER, *Guérir après Freud*
A. DELOURME, E. MARC, *Pratiquer la psychothérapie*
G. DUCOURNEAU, *Éléments de musicothérapie*
FFdP, *Pourquoi la psychothérapie ?*
E. GILLIÉRON • *Le Premier Entretien en psychothérapie* • *Manuel de psychothérapies brèves*
G. LOPEZ, A. SABOURAUD-SÉGUIN et al., *Psychothérapie des victimes*
E. MARC, *Le Changement en psychothérapie*
C. MIRABEL-SARRON, L. VERA, *L'Entretien en thérapie comportementale et cognitive*
M. RUSZNIIEWSKI, *Le Groupe de parole à l'hôpital*
B. SAMUEL-LAJEUNESSE et al., *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*
L. VERA, C. MIRABEL-SARRON, *Psychothérapie des phobies*

L'ENFANT, L'ADOLESCENT ET LA FAMILLE

- M.-D. AMY, *Comment aider l'enfant autiste*
A. ANZIEU, *Le Travail du psychothérapeute d'enfant*
A. ANZIEU et al., *Le Travail du dessin en psychothérapie de l'enfant*
A. ANZIEU, C. ANZIEU-PREMMEREUR, S. DAYMAS, *Le Jeu en psychothérapie de l'enfant*
C. ANZIEU-PREMMEREUR et al., *Les Pratiques psychanalytiques auprès des bébés*
T. ATTWOOD, *Le Syndrome d'Asperger*
M. BERGER, *Le Travail thérapeutique avec la famille*
C. COMBE, *Soigner l'anorexie*
M. CORCOS, Ph. JEAMMET, *Les Dépressions à l'adolescence*
S. COOK-DARZENS, *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique*
M. DESPINOY, *Comprendre et soigner l'enfant en échec scolaire*
G. GEORGE, L. VERA, *La Timidité chez l'enfant et l'adolescent*
M. R. MORO, *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*
P. PRIVAT, D. QUÉLIN-SOULIGOUX, *Travailler avec les groupes d'enfants*
J.-L. SUDRES, *Comprendre et soigner l'adolescent en art-thérapie*
L. VERA, *Troubles obsessionnels compulsifs chez l'enfant et l'adolescent*

L'ADULTE ET LA PERSONNE ÂGÉE

- F. BANGE, M.-Ch. MOUREN, *Comprendre et soigner l'hyperactivité chez l'adulte*
D. BOURGEOIS, *Comprendre et soigner les états-limites*
P. CHARAZAC • *Psychothérapie du patient âgé et de sa famille* • *Comprendre la crise de la vieillesse*
M. CHARAZAC-BRUNEL, *Prévenir le suicide*
M.-C. CÉLÉRIER et al., *La Rencontre avec le malade*
C. COMBE, *Comprendre et soigner la boulimie*
M. CORCOS, M. SPERANZA et al., *Psychopathologie de l'alexithymie*
P. DELION, *Soigner la personne psychotique*
J.-P. DESCOMBÉY, *Précis d'alcoologie clinique*
C. LACHAL et al., *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*
H. GOMEZ • *Soigner l'alcoolique*
• *L'alcoolique, les proches, le soignant*
L. MORASZ • *Prendre en charge la souffrance à l'hôpital* • *Comprendre la violence en psychiatrie*
A. MOREL et al., *Soigner les toxicomanes*
A. MOREL et al., *Prévenir les toxicomanies*

François LEBIGOT

Traiter les traumatismes psychiques

Clinique et prise en charge

Préface de Liliane Daligand

DUNOD

Consultez nos catalogues sur le Web

The screenshot shows the Dunod website interface. At the top, there is a search bar with the text 'Recherche' and a dropdown menu set to 'Par Titre'. Below the search bar are navigation links for 'Accueil', 'Contacts', and various subject categories like 'Sciences et Techniques', 'Informatique', 'Gestion et Management', and 'Sciences Humaines'. The main content area is divided into several sections: 'Interviews' with a small portrait of a man and text about 'Comme nous avons changé ! La saga inédite de 50 ans de bouleversements socioculturels'; 'Événements' with a small portrait of a man and text about 'Saint-Valentin : j'aime mon couple... et je le soigne !'; 'En librairie ce mois-ci' with a small portrait of a man and text about 'Spécial Révisions scientifiques'; and a 'Nouveautés' section with three book covers: 'Image numérique couleur', 'Risque Pays 2004', and 'LES IDS'. On the right side, there are sections for 'LES BIBLIOTHÈQUES DES MÉTIERS' and 'LES NEWSLETTERS'. At the bottom, there are links for 'bibliothèques des métiers', 'newsletters', 'ediscience.net', and 'expert-sup.com', along with a 'Notice légale' link.

www.dunod.com

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2005
ISBN 2 10 007067 3

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

PRÉFACE

Liliane Daligand¹

EN CES TEMPS de banalisation médiatique de la souffrance des victimes, François Lebigot, témoigne de sa longue expérience clinique de psychiatre, psychothérapeute au service des traumatisés. Il écoute depuis des années, toujours dans l'empathie et l'éthique, des patients ayant vécu une effraction traumatique. La retranscription de ce qu'il entend et interprète apporte la preuve de l'originalité de l'histoire et du chemin de chaque être confronté à l'effroi. Ici pas de banalisation, pas de « psychologisation », mais une mise en perspective psychodynamique référée aux écrits psychanalytiques de Freud à Lacan qui permettent la compréhension du trauma.

François Lebigot écoute, même si certains entretiens sont « fatigants », il écoute, même si le langage qui a chaviré lors de l'agression émerge difficilement dans le silence opaque de la désespérance. Car il sait qu'après l'épreuve de néantisation, après la confrontation nue au réel de la mort, le sujet est en risque de se dissoudre dans les abîmes du silence, de s'exclure de l'humanité qui, pour être, obéit aux lois du langage. François Lebigot sait être là, dans la présence à l'autre, sans violence, sans impatience, gardant une écoute chaste qui ne se repaît pas de l'horreur, mais qui cherche à entendre dans ce qui se dit l'au-delà de la signifiante.

Ses patients lui ont appris l'effroi et il nous a transmis son savoir en traitant de cette clinique si mal connue, si négligée. Il nous convie et nous aide à mieux entendre les murmures des victimes et ce qui se dit en termes d'effroi ou de déni, comme à mieux comprendre et respecter leurs mécanismes de défense précoces.

Il en est de même pour la culpabilité et la honte qui les habitent si souvent, et que les thérapeutes ont parfois tant de difficulté à entendre et

1. Professeur de médecine légale. Psychiatre des hôpitaux, CHU de Lyon.

à travailler. Car ce n'est jamais par la déculpabilisation compassionnelle qu'une victime perd son symptôme mais en travaillant sur la faute, la faute originaire dont parle François Lebigot.

Il pointe une autre difficulté de la clinique et de la thérapie des victimes : la fascination de la victime elle-même par son trauma, la difficulté de s'en détacher, d'accepter la perte des symptômes et des sensations fortes éprouvées. Il parle aussi du mal, ce mal contagieux qui a contaminé l'être soumis à la violence, ce mal qui ne veut plus le quitter et le pousse à reproduire ce qui a été vécu dans des parcours tragiques.

Il sait aussi le rôle pathogène que peuvent avoir certains médias, preneurs ou voleurs d'images, de choc de préférence, passant en boucle sur les écrans de télévision ou tenant obstinément la une des journaux, associées parfois à des discours exaltés ou se voulant apaisants lorsqu'ils concluent en affirmant que « les psychologues sont sur place, la cellule d'urgence a été activée », comme si tout traumatisé pouvait trouver dès lors un interlocuteur spécialisé.

François Lebigot retrace dans ce livre l'évolution des idées sur la névrose traumatique devenue syndrome psycho-traumatique pour éviter le label anglo-saxon de syndrome de stress post-traumatique (PTSD). Il insiste, à juste titre, sur le travail fondateur des psychiatres militaires, sur l'école du Val-de-Grâce. Il en fait partie et ses textes sont le reflet de la qualité et de la finesse de cette clinique. S'il sait écouter, il sait aussi transmettre. Il aime partager avec générosité ce que ses patients lui ont appris. Il le démontre ici comme il le démontre dans les cours, les conférences, les interventions nombreuses effectuées en France ou à l'étranger.

Dans ce livre, je retrouve son goût pour la théorisation toujours appuyée sur des exemples cliniques multiples remarquablement travaillés et exploités.

La première partie est clinique et donne sa représentation du trauma qui s'oppose au « stress envahissant », la deuxième partie est thérapeutique et décrit les différents soins, depuis les soins immédiats, débriefings en particulier, jusqu'aux psychothérapies psycho-dynamiques.

Le dernier chapitre est consacré à quatre exemples de psychothérapie en milieu hospitalier : Piotr, légionnaire de 23 ans, patient « fondateur » du savoir de François Lebigot ; Leïla, 32 ans, victime d'un attentat en 1995, qui, en acceptant de « sortir » du trauma, a changé de perspective et cessé de se considérer comme une martyre du tragique de son existence ; Pierre, 20 ans, qui a enfin consenti à enlever « sa couronne d'épines » d'enfant maltraité ; Félix, 28 ans, Togolais victime d'un

attentat dans le métro parisien, qui a été traité pour dépression liée à l'effraction traumatique et à la culpabilité deux ans plus tard.

Ces quatre exemples illustrent la clinique du trauma, cause de la perte de la dimension symbolique, et soulignent l'importance des soins jamais imposés mais proposés comme « une offre de fraternité discrète », selon Lacan cité par François Lebigot. L'acceptation de cette offre ouvre au renouage possible du Symbolique avec le Réel et l'Imaginaire, aux voies retrouvées de la Loi, à être « un parmi d'autres » à égalité de droit.

François Lebigot avec humilité, patience, rigueur et détermination, a aidé ses patients sur ce chemin des retrouvailles de l'être. Tenant son savoir de ses patients, il en parle avec respect et reconnaissance et a le grand mérite de nous en faire don.

TABLE DES MATIÈRES

<i>PRÉFACE</i>	V
LILIANE DALIGAND	
<i>REMERCIEMENTS</i>	XV
<i>INTRODUCTION</i>	1

PREMIÈRE PARTIE

CLINIQUE

1. Le traumatisme psychique	9
Stress et trauma	9
Clinique du traumatisme psychique	13
<i>Le traumatisme psychique est une rencontre avec le réel de la mort (le néant), 14 • Les spectacles horribles, 16 • Le traumatisme psychique s'accompagne d'un vécu d'effroi, 16 • Le traumatisme psychique résulte toujours d'une perception ou d'une sensation, 16 • Conditions favorisant la survenue du traumatisme psychique, 19</i>	
Éléments de psychopathologie	20
<i>La présence dans l'appareil psychique de l'image du réel de la mort, 21 • La mise à l'écart des représentations, 22 • Le rapport avec l'originare, 24</i>	
2. L'effroi	27
Clinique de l'effroi	28
Le déni de l'effroi	31
Les pertes de connaissance	35
La dissociation péri-traumatique	37

Conclusion	39
3. Conséquences à court et moyen terme du traumatisme dans la clinique	43
Conséquences psychiatriques immédiates et précoces	43
<i>Les états anxieux, 44 • Les phénomènes conversifs, 44 • Les phénomènes psychosomatiques, 45 • Les troubles du niveau de la conscience, 45 • Les psychoses délirantes aiguës, 46 • Les syndromes psychotraumatiques précoces, 47 • Les troubles thymiques, 47 • Les déclenchements psychotiques, 47</i>	
La phase de latence	55
4. La névrose traumatique déclenchée	59
Historique	59
L'effraction traumatique	62
Clinique de la névrose traumatique	64
<i>Le syndrome de répétition, 64 • Autres symptômes et syndromes, 67</i>	
Formes cliniques	71
Formes évolutives	73
<i>Les évolutions bénignes, 73 • Les évolutions fluctuantes, 75 • Les évolutions stables à un niveau de gravité variable, 76 • Les aggravations, 76 • Les évolutions dramatiques, 76</i>	
Trois aspects cliniques	77
<i>La dépression post-traumatique, 77 • Le suicide, 82 • Agressivité et passage à l'acte, 83</i>	
Conclusion	89
5. Étiopathogénie du traumatisme psychique et de la névrose traumatique	91
Facteurs tenant à l'événement	92
<i>La violence, 92 • La soudaineté, 93</i>	
Facteurs tenant au sujet	93
<i>La personnalité, 93 • La biographie, 94</i>	
Facteurs circonstanciels	95
<i>États physiologique et psychologique au moment de l'événement, 95 • La blessure physique, 95 • La déchéance morale, 96 • Mauvais fonctionnement d'un groupe, 96 • Les</i>	

actions hors-la-loi, 96 • Origine du drame, impact des violences dues à l'homme, 97

- 6. La pathogénie des médias dans les événements traumatiques** 99
L'intervention des médias, 101 • Pathogénie des images, 103 • Pathogénie du discours, 106 • Le tournant de 1995, 108 • Le corps médical et la « victimologie », 110 • Conclusion, 110

DEUXIÈME PARTIE

THÉRAPEUTIQUE

- 7. Catharsis et psychothérapie** 115
 La catharsis dans l'Antiquité grecque et en Afrique noire 116
 Le trauma comme souillure 117
De la catharsis à la psychothérapie, 118 • Thérapie et rituels, 119 • La faute d'être né, 120
- 8. Les soins immédiats** 121
 Les cellules d'urgence psicopsychologiques 122
 La gestion de la crise 124
 Les soins aux victimes 125
L'abord des patients, 125 • Les objectifs des soins immédiats, 126
- 9. Les soins post-immédiats (le débriefing)** 135
 Aperçu sur le débriefing de Sokol 137
 Le débriefing de Mitchell 139
Le CISD, 140 • ERC (Équipe de réponse dans la communauté), 145 • Polémique actuelle, 146
 Le débriefing pratiqué en pays francophones 147
Le débriefing individuel, 151 • Le débriefing collectif, 152 • Le post-débriefing, 164 • Les alternatives au débriefing, 165
- 10. Psychothérapies psychodynamiques** 167
 Les différentes psychothérapies 170
Les psychothérapies brèves et focalisées, 170 • Les psychothérapies à court, moyen et long terme, 171 • Les

<i>psychothérapies intensives, 175 • Les psychothérapies de soutien, 176 • Le débriefing différé, 177</i>	
La faute et l'originnaire	180
Conclusion	183
11. Quatre observations de prises en charge	185
Le cauchemar et le rêve dans le traitement de la névrose traumatique : Piotr	185
<i>Le trauma, 186 • Une prise en charge inhabituelle, 188 • Éléments de biographie, 188 • Vengeance, culpabilité, vulnérabilité, 189 • L'alcool paternel, 190 • Le poids de la faute, 190 • Conclusion, 192</i>	
Le courage de s'arracher à la place de victime : Leila	192
Destin d'un traumatisme psychique de la petite enfance à propos d'une observation : Pierre	197
<i>Introduction : du traumatisme de l'enfant au cas de Pierre, 197 • Pierre, vingt ans, appelé du contingent, 199 • Premier temps de la prise en charge, 199 • Intermède, 205 • Deuxième hospitalisation, 206 • Deuxième intermède, 207 • Troisième hospitalisation, 207 • Premier épilogue, 210 • Deuxième épilogue, 211 • Conclusion, 212</i>	
Dépression post-traumatique chez un patient originaire d'Afrique noire : Félix	214
<i>Résumé, 214 • Le syndrome de répétition traumatique, 215 • Le syndrome dépressif et la culpabilité, 216 • Les causes de la dépression, 217 • Conclusion, 219</i>	
CONCLUSION	221
BIBLIOGRAPHIE	225
SIGLES	235
INDEX	237

à Alain, mon frère

à Anne-Marie

et à Séverine

REMERCIEMENTS

Aux patients, qui m'ont formé.

À *Liliane Daligand*, qui m'a fourni les clés pour l'écoute des traumatismes. Autrefois, j'aurais écrit : « À mon maître, Liliane Daligand. » Je lui suis infiniment reconnaissant d'avoir accepté de préfacer ce texte où à maints endroits, elle reconnaîtra sa pensée que je me suis appropriée.

À *Dominique Caron*, sans laquelle ce livre n'existerait pas. Privé de la possibilité d'écrire à cause de troubles importants de la vue, je me suis aussi révélé incapable de dicter un texte ayant un peu de tenue devant le micro d'un magnétophone. Elle a accepté de me consacrer chaque semaine quelques heures pour me servir de scribe et de public. Ainsi, en parlant, je m'adressais à quelqu'un, mais aussi j'en recevais un commentaire, parfois critique, au fur et à mesure. De formation littéraire, et n'appartenant pas au sérail de la psychologie, elle m'a obligé à être toujours clair et compréhensible. Par ailleurs elle a eu l'intelligence de s'intéresser au sujet, ce qui lui a permis de prendre une part active à la composition du texte, voire à la mise en forme de certains chapitres. Sa lecture du débriefing de Mitchell m'a beaucoup éclairé. Elle a aussi tapé sur ordinateur tous les textes composés ensemble et en a assuré une relecture complète. Merci également pour leur aide ponctuelle à trois de ses enfants : Jérémie, Agnès, et Sophie, et à son mari Rémi, mon cousin germain.

À *Brigitte Raingeard*, qui s'est chargée, avec beaucoup de gentillesse, de mettre en forme aux normes éditoriales tous les textes provenant d'articles déjà publiés dans diverses revues, et d'établir leur

bibliographie. C'était un énorme travail, qui lui a demandé des heures (beaucoup d'articles n'ont *in fine* pas été retenus), et cela au milieu de ses multiples obligations familiales et professionnelles.

À *Charles Demassieux*, c'est l'ouvrier de la 11^e heure, mais quel ouvrier ! Il a repris tout le manuscrit qui était dans un grand désordre, complété la bibliographie, fait l'index, corrigé les fautes et erreurs de toutes sortes, etc. Ça a été un énorme soulagement qu'un professionnel prenne l'affaire en main, et la mène à son terme. Pour lui aussi je veux souligner la gentillesse avec laquelle il s'est chargé de la tâche et le plaisir que j'ai eu de travailler avec lui.

À *Philippe Duval*, pour tout et le reste, pour son amitié.

INTRODUCTION

L'INTÉRÊT pour le traumatisme psychique s'est répandu dans le monde comme une traînée de poudre. Pourtant repéré par quelques cliniciens dès les dernières années du XIX^e siècle, il est resté inconnu du public comme des psychiatres, sauf dans quelques cercles restreints, jusqu'à une époque récente. C'est dix ans après la fin de la guerre du Vietnam que les Américains se sont préoccupés du sort de leurs vétérans et en ont fait une sorte de cause nationale, dans laquelle leurs gouvernants ont investi des budgets considérables.

C'est donc des États-Unis qu'est venue ce qu'on pourrait appeler la mode du trauma. Très vite les pays qui leur sont affiliés culturellement ont emboîté le pas et ont favorisé la diffusion des travaux publiés outre-Atlantique, et les ont imités en reprenant les concepts qui les nourrissent. Une sorte de monoculture du traumatisme psychique a ainsi gagné la psychiatrie mondiale.

Les pays latins se sont trouvés devant le fait accompli. Ils ne s'étaient pas préoccupés de cette question, et il y avait même une sorte d'unanimité pour en nier la réalité, l'existence. Les cauchemars et les reviviscences étaient des manifestations hystériques et les autres symptômes étaient « asthéo-dépressifs » ou quelque chose d'équivalent. En France, toutefois, la reconnaissance de la névrose traumatique, qui n'était mentionnée dans aucun traité ou manuel de psychiatrie, s'est amorcée assez tôt chez les psychiatres militaires. Dès les années soixante, le médecin commandant Louis Crocq commençait une série de publications sur le sujet qui font encore référence dans notre pays. Il s'inspirait essentiellement de P. Janet et de O. Fénichel. Le Professeur Juillet et le Docteur Moutin, tous deux de l'École du Val-de-Grâce, publiaient leur manuel de psychiatrie militaire, où la névrose traumatique figurait en bonne place. Les spécialistes des services de santé des

armées ont appris à reconnaître et à soigner cette pathologie. Mentionnons à cette place d'initiateur le docteur, puis professeur, Barrois, qui était aussi psychanalyste, et dont les travaux eurent pour effet d'orienter les spécialistes militaires vers les conceptions freudiennes du trauma. Disons que cet intérêt ne partait pas de rien, et que la lecture de devanciers de la guerre de 1914, comme Fribour-Blanc ou Hesnard, obligeait les psychiatres militaires à prendre la névrose traumatique au sérieux, en dépit de la méconnaissance où elle était maintenue d'une manière générale.

En 1995, lors de la création des cellules d'urgence médicopsychologiques (CUMP), à Paris d'abord, psychiatres et psychologues et infirmiers psychiatriques, militaires et civils se sont trouvés ensemble pour former la première équipe. Elle avait pour mission de constituer un dispositif immédiatement opérationnel, de réfléchir à une organisation pérenne et étendue sur tout le territoire, et de poser des principes d'action et des axes théoriques. À cette occasion, les militaires se sont aperçus que quelques-uns de leurs collègues civils avaient réfléchi sur le trauma et avaient des lieux de consultation pour les patients traumatisés. Nous découvrimés aussi l'impact considérable qu'avait la psychiatrie américaine dans ce champ, même si quelques praticiens formés à la psychanalyse tentaient d'infléchir les théories et pratiques anglophones. Le problème était, et est encore, que l'extension des CUMP amenait le recrutement de psychiatres et de psychologues en grand nombre qui ne trouvaient pour se former que des articles et livres produits aux États-Unis. Ils en mesuraient les limites quand il fallait passer à la pratique. Une formation fut mise en place à Paris et en de nombreuses villes de province sous la direction du professeur Crocq. Une *Revue francophone du stress et du trauma* fut créée en commun avec des psychologues et des psychiatres suisses et belges (en particulier A. Andreoli à Genève et M. De Clercq à Bruxelles). L'association de langue française pour l'étude du stress et du trauma, créée en 1990 par L. Crocq, fut revitalisée et le docteur Louville créa une association pour la formation des CUMP.

Ainsi le courant de la « psychotraumatologie » francophone parvient vite à maturité, des livres et des articles en grand nombre paraissent.

Ce livre vient dans la continuité de ces travaux. Sa construction est inhabituelle, car il ne se veut ni un manuel de « psychotraumatologie », ni le simple témoignage d'un psychiatre ayant trente années de pratique dans ce champ. Il est un peu des deux, avec des chapitres construits comme une question de médecine et d'autres écrits comme le résultat d'une expérience. Beaucoup d'illustrations cliniques sont proposées, même dans les parties les plus « universitaires ». Il est un

corpus de savoirs accumulés grâce à ces excellents maîtres que sont les patients. Corpus incomplet, car pour d'autres aspects, par exemple les aspects médico-légaux, organisationnels, pharmacologiques ou neurobiologiques, des collègues sont plus qualifiés que nous. Figurent en bibliographie les travaux auxquels se reporter.

Il est composé de chapitres nouvellement écrits et qui forment son ossature, en particulier pour la clinique et la thérapeutique.

L'ouvrage comporte deux parties : une partie clinique et une partie thérapeutique.

La partie clinique commence par présenter ce que nous pouvons appeler notre représentation du trauma. Elle dirige notre écoute des patients et fonctionne comme une boussole pour nous orienter dans nos actions thérapeutiques immédiates, post-immédiates et à long terme. Ce premier chapitre est une sorte de plaidoyer contre le stress envahissant, et s'inspire de Freud et même de Lacan, mais de façon simplifiée et aménagée, en particulier en ce qui concerne le « refoulement originaire ». Puis vient un chapitre sur l'effroi. Ce concept introduit par Kraepelin et explicité par Freud, nous a semblé devoir être développé et illustré, pour éviter qu'il en soit fait si souvent un usage qui le vide (c'est le comble) de sa substance (qui le vide de sa vacuité).

Nous poursuivrons avec des développements plus classiques, un peu ennuyeux comme le sont les questions de médecine. Il y a peu de surprises à attendre du catalogue des « troubles immédiats », sinon la tentative que nous avons faite d'intégrer à notre clinique traditionnelle les « états dissociatifs » qui autrefois se répartissaient en différents secteurs de la pathologie aiguë (angoisse, états crépusculaires ou confusionnels, phénomènes de la répétition).

Les « états aigus » méritent aussi notre intérêt en ce qu'il nous appartient de distinguer, autant que possible, ceux qui disparaîtront pour toujours de ceux qui guérissent provisoirement, sous l'effet d'un mécanisme de défense. La phase de latence inaugure les conséquences à court, moyen ou long terme du trauma dans la clinique. Nous verrons que nous avons des raisons de nous y arrêter. Puis vient un long chapitre sur la névrose traumatique, où est privilégiée la clinique française, qui ne ressemble en rien au PTSD ni à l'ESPT. Pour notre description clinique, nous avons choisi de modifier légèrement le plan habituel pour tenir compte de notre premier chapitre sur le trauma, où les trois champs de perturbation de l'appareil psychique par l'effraction sont simultanés, et où les troubles se recourent et se potentialisent. Nous avons aussi choisi de traiter à part trois aspects de la clinique. D'une part la dépression de la névrose traumatique, parce qu'elle peut envahir

à elle seule tout le tableau, et parce que ses formes cliniques méritent d'être soulignées, ne serait-ce que pour des raisons historiques. D'autre part nous avons séparé les problèmes d'agressivité et de violence auto ou hétéro-agressive. C'est un problème qui n'est pas simple, car il est souvent difficile de savoir si l'on est devant une manifestation de la répétition ou une simple agression de ce monde qui a abandonné le sujet à sa dérégulation.

Nous dirons un mot aussi des modifications du caractère entraînées par la névrose. Nous ne sommes pas entré dans le débat qui n'intéresse plus personne sur les rapports entre le caractère et la personnalité. Puis nous nous sommes intéressé à ce qu'on pourrait appeler l'éthiopathogénie du traumatisme psychique et de la névrose traumatique. L'intervention des médias dans cette problématique fera aussi l'objet d'un développement.

Nous arrivons à la deuxième partie du livre : la partie thérapeutique. Nous avons jugé pertinent de commencer cette partie par un rappel sur la catharsis. Aujourd'hui encore ce concept-méthode est vivace dans le champ de la psychotraumatologie. Puis nous entrerons dans le vif du sujet avec les soins immédiats, qui commencent, en pays francophones, à faire l'objet d'un véritable savoir. Les soins post-immédiats sont ici très importants, pas seulement à cause de la notoriété qu'a acquise le débriefing, en mal ou en bien. Nous sommes de ceux qui pensent que cette technique est irremplaçable, nous dirons pourquoi. Mais c'est aussi sur ce point que se voit le plus clairement le fossé qui sépare les conceptions anglophones et francophones du trauma. Aussi, la pratique du débriefing sera-t-elle très différente là-bas et ici. Nous avons dès lors jugé nécessaire d'exposer la méthode de Mitchell, beaucoup imitée et très mal connue, et de la comparer à notre *modus operandi*.

Le chapitre se termine sur les psychothérapies psychodynamiques, qui ne sont pas des psychanalyses. Elles correspondent à notre façon de travailler, à la façon de travailler des psychiatres militaires de l'hôpital Percy du temps où nous y étions. Nous devons beaucoup à ces camarades dans cette réflexion sur les ressorts d'une psychothérapie de traumatisé. Nous devons plus encore à ces jeunes appelés et engagés, Casques bleus de la FORPRONU, qui ont eu le courage de vouloir guérir.

Nous n'avons pas abordé les autres formes spécifiques de psychothérapie. N'en ayant pas la pratique, nous avons préféré ne pas paraphraser ceux qui les utilisent et font part de leur expérience.

Le livre se termine par le compte rendu de quatre psychothérapies, déjà parues dans des revues de psychiatrie. Chacune d'entre elles a

représenté pour nous une épreuve difficile. Nous avons eu l'énorme chance d'avoir avec nous un service hospitalier compétent, motivé et avec des nerfs solides : infirmiers, aides-soignants, surveillants. Ces psychothérapies à l'hôpital de patients difficiles nécessitent la présence d'une bonne équipe, moyennant quoi des miracles sont possibles.

Ce livre sera donc le récit d'une rencontre qui s'étale sur une trentaine d'années entre un psychiatre et des patients présentant un traumatisme psychique. Ce théâtre d'opérations est l'un des plus gratifiants dans notre discipline, car le simple établissement du transfert reconstruit un pont entre le sujet, élu par le néant, et la communauté des hommes, la « communauté des vivants », selon la belle formule de Liliane Dali-gand.

La satisfaction est encore pour le psychothérapeute, psychologue ou psychiatre, lorsqu'à la fin du traitement le patient ne se sent encore plus « comme avant » (c'était sa plainte), mais cette fois-ci « mieux qu'avant ». La psychothérapie lui a permis de faire un pas supplémentaire dans le lâchage de l'objet mythique de complétude. C'est du côté du principe de plaisir, du jeu des signifiants, qu'il va proposer des objets à son désir. La place occupée par l'image traumatique est désormais vacante.

PARTIE 1

CLINIQUE

Chapitre 1

LE TRAUMATISME PSYCHIQUE

STRESS ET TRAUMA

Le mot « traumatisme », apparu à la fin du XIX^e siècle, fut forgé à partir du grec *trauma* (« blessure ») pour nommer un phénomène psychique qui n'avait jusqu'alors retenu l'attention ni des médecins ni de quiconque : « le traumatisme psychique », blessure émotionnelle profonde qu'on pouvait observer, parfois, chez ceux qui avaient échappé de peu à la mort.

Le mot « stress », employé dans le langage neurophysiologique au début du XX^e siècle, servait à désigner l'ensemble des réactions physiologiques puis également psychologiques de l'organisme humain ou animal face à une menace ou une situation imprévue.

Ces deux termes, réservés naguère au vocabulaire médical, sont passés, maintenant, dans le domaine public. Est qualifié de stressant ou traumatisant tout événement douloureux ou simplement contraignant qui vient un temps bouleverser nos existences et perturber nos émotions. La banalisation de leur emploi dans le langage courant, qui témoigne de l'importance accordée de nos jours à notre vie psychique, a entraîné

l'affadissement du sens du mot « traumatisme » et une dilution du mot « stress » qui est devenu une sorte de mot-valise, incluant à la fois l'agression et le retentissement organique né de cette agression. Même s'il existe la vague conscience que la souffrance du traumatisme est plus profonde et durable que celle du stress, ces deux termes semblent confondus l'un avec l'autre, employés l'un pour l'autre, avec, cependant, un premier élément distinctif : le traumatisme, lui, ne concerne que les êtres parlants, comme si, intuitivement, l'on sentait qu'il avait quelque chose à voir avec le langage.

En raison de ces confusions, il convient de mieux cerner ces deux notions et de les distinguer l'une de l'autre. Ce n'est pas là, pour nous, une simple affaire de vocabulaire mais une question essentielle car les lésions causées à l'appareil psychique, selon qu'il y a eu stress ou trauma, nous paraissent profondément différentes.

Le schéma métaphorique de l'appareil psychique, que Freud a proposé dans « Au-delà du principe de plaisir », permet d'imager les caractéristiques de ces deux concepts. Freud, dans ce texte (Freud, 1920) représente l'appareil psychique comme une « vésicule vivante » entourée d'une membrane qu'il nomme « pare-excitations » (fig. 1.1).

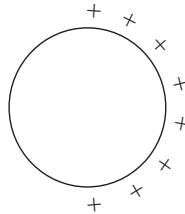


Figure 1.1. L'appareil psychique

À l'intérieur de cette vésicule ne circulent que de petites quantités d'énergie, allant d'une représentation à l'autre dans le réseau qu'elles constituent, selon les lois du « principe de plaisir ». De grosses quantités d'énergie arrivant de l'extérieur risqueraient de perturber gravement ce fonctionnement ; aussi le « pare-excitations » est-il chargé d'énergie positive destinée à repousser les énergies en excès qui pourraient venir frapper l'appareil psychique. Cette charge positive à la surface de la vésicule est renforcée quand il y a production d'angoisse.

Cette figuration de l'appareil psychique permet de montrer visuellement la différence qu'il y a entre le stress et le trauma. La nosographie américaine des DSM-III, III-R, IV part des *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) et assimile en quelque sorte le traumatisme au stress,

faisant ainsi du trauma un stress un peu plus important que les autres. En fait, ce n'est pas là notre conception, et il y a lieu de distinguer franchement les deux phénomènes, même s'ils sont souvent associés dans les événements qui agressent le sujet.

Nous représenterons le stress selon le schéma de la figure 1.2.

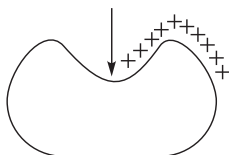


Figure 1.2. *Le stress*

Dans le stress, une grosse quantité d'énergie, une menace vitale par exemple, fait pression sur la vésicule vivante et l'écrase partiellement (rappelons qu'à l'origine, *to stress* veut dire « presser »). L'angoisse créée par l'agression renforce la charge positive du pare-excitations et donc sa défense contre les énergies extérieures. À partir de ce dessin imagé de l'appareil psychique nous pouvons faire la constatation suivante : quand il y a stress, la membrane ne subit aucune effraction, rien de l'extérieur ne pénètre tel quel à l'intérieur de la vésicule, même si celle-ci, en raison de son écrasement, est en situation de souffrance.

Le schéma métaphorique du trauma est différent : le trauma provient d'une menace vitale qui surprend le sujet quand il est en état de repos. L'élément de surprise est, pour Freud, fondamental. La charge positive à la surface du pare-excitations étant, à ce moment-là, faible, l'image qui véhicule la menace vitale va pouvoir pénétrer à l'intérieur de l'appareil psychique et s'y incruster (fig. 1.3).

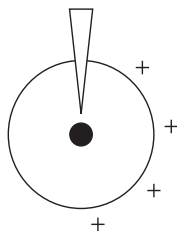


Figure 1.3. *Le trauma*

Se loge, désormais, au cœur de la vésicule vivante, un « corps étranger interne », hétérogène au contenu de l'appareil psychique, et dont la

présence va se faire sentir très souvent tout au long de la vie du sujet. Ce « corps étranger interne » (Freud, 1895) est la source d'une quantité d'énergie bien plus forte que celle qui circule entre les représentations.

L'analyse de ces deux schémas conduit à la réflexion suivante :

Dans le stress, l'appareil psychique, une fois la menace disparue, va peu à peu reprendre sa forme initiale. La souffrance psychique, quand le facteur stressant ne pèsera plus, s'estompera en quelques heures, semaines, mois ou années (dans le cas d'un deuil par exemple). Dans le trauma, en revanche, la disparition de l'élément menaçant n'influe en rien sur les troubles psychiques générés par ce « corps étranger interne » et la présence à demeure de l'image traumatique va causer des perturbations dans le fonctionnement de l'appareil psychique pendant une très longue période, voire même tout au long de la vie du sujet. Cette idée de bouleversement profond apparaît dans l'étymologie du mot « trauma », terme polysémique qui signifie « blessure avec effraction » mais également « désastre ou dérouté d'une armée ». Se retrouvent là diverses connotations : béance, agression, limite franchie, intrusion induite d'un ennemi dans un territoire jusqu'alors défendu, irruption de la violence et de la mort, rupture d'une unité, bataille perdue, désorganisation, anéantissement... L'exploration de la richesse étymologique du mot grec n'est pas un simple jeu intellectuel mais permet de mieux entrevoir l'expérience vécue dans le traumatisme psychique.

Stress et trauma peuvent être présents ensemble, ce qui explique, à notre avis, la raison pour laquelle le trauma a été assimilé à un stress, d'autant que la présence du trauma peut augmenter les manifestations du stress. À l'angoisse créée par la menace externe s'ajoute une angoisse provenant de l'image traumatique que l'on pourrait qualifier de menace interne. Ainsi, lors d'un attentat, le bruit de l'explosion de la bombe — moment où le sujet se voit mort — peut provoquer le traumatisme ; les blessures des passagers, leurs cris, la fumée qui se répand dans la rame, l'attente des secours, peuvent causer le stress (fig. 1.4).

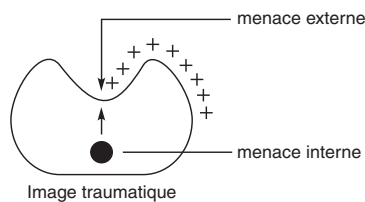


Figure 1.4. Stress traumatique

Les symptômes du stress sont initialement au-devant de la scène mais ils vont s'estomper dans un délai relativement bref. S'il y a eu trauma,

ses manifestations (syndrome de répétition) apparaissent généralement plus tard mais elles peuvent parfois se mêler précocement aux effets du stress.

On peut également observer qu'un stress adapté et même pas de stress du tout ne signifie pas qu'il n'y a pas eu trauma.

C'est le cas du soldat mis en joue à bout portant et qui échappe par miracle à la mort : le fusil de son adversaire s'est enrayé. « Je n'ai pas même eu le temps d'avoir peur », dira-t-il à ses camarades, il peut même éprouver une certaine euphorie à être encore vivant. Ce n'est que plus tard, parfois après des mois ou des années, que la scène traumatique peut revenir peupler ses cauchemars.

L'attention des chercheurs s'est portée récemment sur les caractéristiques du stress immédiat, dans l'idée d'y retrouver l'indice de la présence du trauma. C'est ainsi qu'a été construite l'échelle de « dissociation péri-traumatique » de C. Marmar (Marmar, 1998), qui pourrait assez bien prédire la probabilité d'un PTSD. Les items de cette échelle mesurent l'intensité de l'angoisse lorsqu'elle est susceptible d'entraîner des perturbations importantes du fonctionnement psychique, mais cette angoisse intense, si elle résulte souvent, comme on l'a vu, de la présence simultanée d'un stress et d'un trauma, peut n'être due qu'à un stress d'une très grande force, sans trauma associé, d'où la capacité relative de prédiction de cette échelle.

Il est donc très difficile de savoir s'il y a eu trauma car la preuve de la nature traumatique d'un événement n'est apportée que par la survenue d'un syndrome de répétition traumatique, cette survenue pouvant s'effectuer des mois ou des années après l'événement. Or, il importe d'être particulièrement attentif à la présence éventuelle d'un trauma dans la prise en charge thérapeutique des victimes car les conséquences du traumatisme psychique sont souvent considérables et peuvent obérer la vie entière du sujet (fig. 1.5).

CLINIQUE DU TRAUMATISME PSYCHIQUE

Le traumatisme est donc l'incrustation à l'intérieur de l'appareil psychique d'une image qui ne devrait pas s'y trouver. Nous allons voir maintenant quelle est la nature de cette image, l'effet que produit sur le sujet son entrée par effraction et les conditions générales qui facilitent son franchissement du « pare-excitations ».

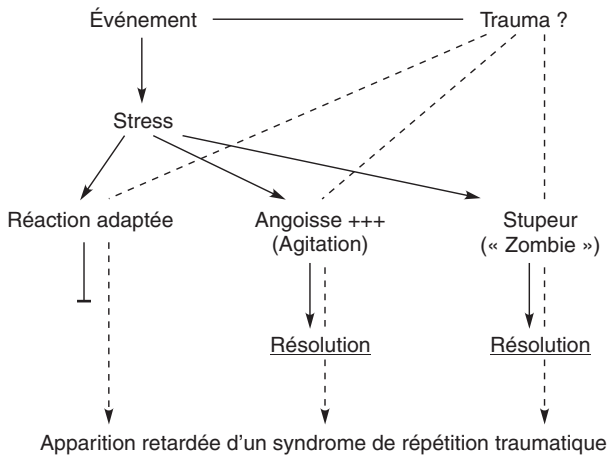


Figure 1.5. Stress et trauma

Le traumatisme psychique est une rencontre avec le réel de la mort (le néant)

Dans son fonctionnement habituel, l'appareil psychique reçoit des perceptions de l'extérieur au niveau de ses représentations, où elles sont modifiées, transformées, mises en sens, un peu comme des longueurs d'onde deviennent dans le système nerveux des couleurs ou des sons. Ces représentations sont déjà là comme le fruit de perceptions antérieures et leur réseau constitue l'appareil psychique singulier du sujet. Cela veut dire que pour nous le passage de la perception à la représentation est une transformation du réel brut en une réalité, réalité qui est un mixte des images reçues de l'extérieur et de la structure qui les accueille. Cette structure étant différente pour chaque individu, deux témoins d'un même événement en font des récits différents. De même après un certain délai, un sujet modifie son récit initial. Prises dans le réseau auquel elles appartiennent, les premières représentations vont évoluer et se transformer, en relation avec d'autres représentations, elles vont altérer, modifier, transformer l'interprétation initiale de l'événement. Il y aura ainsi création continue d'une nouvelle réalité, ce qui est la caractéristique propre du souvenir, d'où la confiance relative qu'on peut lui accorder.

Il en va différemment pour l'image de la mort qui, quand elle pénètre à l'intérieur de l'appareil psychique, n'a pas de représentation pour l'accueillir. De fait, il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient. L'image du néant va rester incrustée, dans l'appareil

psychique, comme « un corps étranger interne ». Dans ses « Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort » (Freud, 1915a) Freud remarquait que si nous savons tous que nous allons mourir, nous ne le croyons pas, nous le nions même obstinément et vivons comme si nous étions immortels. Le professeur Barrois, lui, observe que si nous savons tous ce qu'est un cadavre, nous ne savons pas ce qu'est la mort. Sans lien avec les représentations, elle va donner lieu à un pur phénomène de mémoire, bien différent d'un souvenir, où l'événement restera gravé tel quel, tel qu'il a été perçu au détail près. Tandis que le souvenir, de par le travail de transformation qu'il subit, intègre la dimension du temps passé entre le moment de l'événement et son évocation, le retour de l'image traumatique se fera au temps présent comme si l'événement était à nouveau en train de survenir.

Cette incrustation d'une image de la mort va se faire dans trois types de circonstances :

1. C'est la vie du sujet lui-même qui est menacée : il a la certitude qu'il va mourir, il voit sa propre mort. C'est le cas du soldat mis en joue à bout portant, c'est le cas d'un automobiliste qui fonce à 130 km/h sur un obstacle et qui en réchappe, etc.

2. Le réel de la mort est perçu à travers la mort de l'autre, ceci le plus souvent, mais pas toujours, dans des circonstances où l'effet de surprise joue son rôle. Voici des exemples de sujets qui furent confrontés à la mort de l'autre.

– Deux Casques bleus circulent dans un camion près de Sarajevo, assis à côté du chauffeur. Ce sont deux amis. L'un d'eux s'est endormi sur l'épaule de l'autre. Il y a tout à coup un cahot et un grand bruit et l'un des Casques bleus voit s'affaler sur ses genoux le visage de son camarade avec un trou rouge au milieu du front : il est mort.

– Deux sœurs sont assises à l'arrière d'une voiture, leurs maris sont à l'avant. L'une a mis sa ceinture de sécurité, l'autre non. Elles roulent sur la file de droite à grande vitesse quand un camion vient leur barrer la route. Le choc est brutal. La femme non attachée est éjectée du véhicule, elle a la tête tranchée sur le rail de sécurité sous les yeux horrifiés de sa sœur.

3. Cependant, il peut y avoir également traumatisme psychique chez des personnes impliquées dans la mort de l'autre, préparées à la mort de l'autre, puisqu'elles en sont les auteurs (bourreau par exemple). L'élément de surprise joue, ici, sur un autre registre : le réel de la mort n'est pas ce qui avait été imaginativement anticipé.

Les spectacles horribles

Dans certaines situations, le spectacle de la mort est particulièrement horrible à cause du grand nombre de cadavres ou à cause de leur état de décomposition ou de mutilation.

- Ce fut une expérience de ce type que vécurent les soldats qui étaient au Zaïre à Goma, en 1994. Pendant cinq semaines ils durent enterrer des milliers de cadavres mutilés et atteints de choléra.
- Furent également confrontés à une vision d'horreur les pompiers qui eurent à intervenir dans l'accident de la Gare de Lyon.
- Nous pouvons citer aussi le cas de ce soldat en patrouille à Sarajevo et qui pénétra dans une salle de classe où tous les enfants étaient égorgés à leur pupitre.

La profession de sauveteur est particulièrement exposée à ces situations traumatogènes, lorsqu'ils interviennent sur de grandes catastrophes collectives, crashes autoroutiers, tremblements de terre, chutes de téléphériques, etc.

Le traumatisme psychique s'accompagne d'un vécu d'effroi

L'effroi est l'état du sujet au moment du traumatisme. Il correspond à cet envahissement par le néant que nous avons vu à propos de la rencontre avec le réel de la mort ; il y a alors pendant un moment, généralement fugace mais pas toujours, ni affect ni représentation. Le sujet perçoit un vide complet de sa pensée, ne ressent rien, en particulier ni peur ni angoisse. Il arrive dans l'armée que ce moment de l'effroi passe pour une manifestation de courage. Cet état de saisissement est très particulier. Nous reprendrons cette question plus complètement dans un chapitre à part car elle est complexe et peu connue. Il n'empêche que le récit de l'effroi par une victime est le seul indice certain qu'il y a eu traumatisme et qu'il faille s'attendre au développement ultérieur d'un syndrome de répétition.

Le traumatisme psychique résulte toujours d'une perception ou d'une sensation

Un récit, aussi horrible soit-il, n'est jamais à l'origine d'une effraction traumatique, ni les images terribles que l'on peut regarder à la télévision ou au cinéma. C'est ce que nous rappelle le mythe de Persée : Persée s'était protégé du regard pétrifiant de la Méduse en le reflétant

sur la surface polie de son bouclier ; le regard de la méduse ainsi filtrée lui évitait le face-à-face mortel (Crocq, 2002a). Il en est de même de l'écran ou de la parole. Ils peuvent montrer la mort, raconter la mort mais ils ne sont que des médiateurs et non le réel de la mort. Une mère qui apprend au téléphone la nouvelle de la mort accidentelle de son fils pourra présenter par la suite des troubles psychiques graves, mais jamais de nature traumatique, quand bien même la mort de son fils serait advenue dans des circonstances particulièrement affreuses.

Nous pouvons aussi citer l'exemple d'une hôtesse de l'air qui avait eu une expérience traumatique lors de l'un de ses vols. Elle vivait avec une amie et c'est cette amie qui faisait le plus de cauchemars. En fait, ces cauchemars étaient des rêves d'angoisse, des constructions fantasmatiques en rapport avec les liens qui unissaient les deux femmes.

Les constructions fantasmatiques reconstruisent la scène à partir des représentations mais ne disposent pas d'images du réel : il s'agit là d'une élaboration verbale, autrement dit, on reste dans le domaine du langage.

Le trauma par procuration n'existe pas, pas plus que n'existe le trauma transgénérationnel : la pathologie d'un enfant dont le grand-père a séjourné dans un camp de concentration et qui rêve de chambre à gaz ne peut être considérée comme une pathologie traumatique mais comme le résultat d'une tendresse filiale ou d'un désir d'appartenance communautaire. Les événements à l'origine de ces troubles n'atteignent le sujet qu'à travers une parole, une pensée, une image interne, c'est-à-dire des phénomènes qui mobilisent les représentations. Il n'y a pas là d'effraction mais seulement la mise à l'épreuve de l'appareil psychique par des créations fantasmatiques, productrices d'angoisse.

Oublier que le trauma résulte d'une perception, c'est s'exposer à voir le trauma un peu partout. Ainsi, certaines études épidémiologiques américaines surestiment considérablement le nombre de rencontres traumatiques dans la population et de PTSD. La raison en est essentiellement d'inclure dans leur comptage grand nombre de situations de deuil. Dans ces cas, les rêves d'angoisse sont pris pour des cauchemars de répétition et le reste de la symptomatologie du PTSD peut effectivement se rencontrer après la perte d'un être cher.

Tous les organes des sens peuvent être à l'origine d'un traumatisme : la vue le plus souvent, mais aussi l'ouïe (attentats), l'olfaction (odeurs de cadavres), le toucher, le goût (goût de cyanure) et les sensations proprioceptives.

— La *vue* est la voie de l'effraction privilégiée pour l'effraction traumatique puisque, dans la grande majorité des cas, ce sont les scènes visuelles qui forment le contenu du syndrome de répétition.

— L'*ouïe* est au premier plan dans les attentats à la bombe avec ce phénomène complexe qui fait que la déflagration provoque immédiatement une surdité par destruction des tympanes. Ce sont les images qui suivent l'explosion qui viendront alimenter les cauchemars de reviviscence.

— L'*olfaction* peut être à l'origine du traumatisme dans certaines circonstances.

Ainsi,    Goma, en 1994, ce sont des moments visuels qui ont, chez certains, provoqué le traumatisme, tandis que pour d'autres, c'est l'odeur pestilentielle des cadavres qui s'est mise à réapparaître dans les mois qui ont suivi leur retour.

— Les traumatismes causés par le *goût* sont plus rares mais peuvent se produire : ainsi le goût de cyanure dans la bouche de quelqu'un qui s'est cru empoisonné.

— Le *toucher* peut être impliqué dans certaines circonstances comme le fait d'avoir senti le froid d'un canon de revolver appliqué sur la tempe.

— *Les sensations proprioceptives* :

Un soldat en Indochine s'était vu mourir alors qu'il était coincé dans un boyau, sous une rizière. La nuit, il lui arrivait de s'éjecter de son lit et de rester debout sur le carrelage, les bras le long du corps, dans la position où il était au moment du trauma. Il ne pouvait reprendre une activité normale qu'au lever du jour.

Il faut noter que la parole n'est pas toujours absente de ces situations traumatogènes et qu'elle pourra réapparaître dans les manifestations de répétitions. C'est surtout le cas quand des intentions de tuer sont exprimées par l'agresseur. Ces paroles cr  dibilisent la mort comme imminente. On voit ce phénomène se produire, en particulier, dans les viols.    ce propos, on peut remarquer que même en l'absence d'intention de tuer la victime, le viol peut constituer un traumatisme : il est alors vécu comme une destruction psychique parfaitement équivalente à la néantisation du réel de la mort.

Conditions favorisant la survenue du traumatisme psychique

Dans la métaphore freudienne de la vésicule vivante, l'effraction de la membrane protectrice a lieu quand l'événement surprend le sujet en état de repos. L'effet de surprise et la brutalité du choc permettent l'intrusion de l'image mortifère. C'est le cas pour les civils qui n'envisagent jamais qu'une mort brutale puisse venir les frapper au cœur de leur vie quotidienne : passagers du métro qui rentrent chez eux après une journée de travail, automobilistes dans la détente d'un départ en voyage... C'est aussi le cas des soldats à l'arrière ou en bivouac quand l'attaque les surprend dans un lieu où ils se croyaient protégés.

Cependant, une menace directe de mort peut faire effraction dans le psychisme de personnes prévenues, préparées, ce qui pourrait nuancer la théorie de Freud sur l'efficacité de la protection fournie par l'angoisse. En effet, il peut y avoir traumatisme pendant des périodes de combat où le soldat est anxieux, tendu, son esprit mobilisé à l'extrême. Il est vrai que dans les récits que font les militaires après coup, il est toujours dit que la menace a surgi à un endroit qu'ils n'avaient pas prévu. Sont également victimes de traumatisme les sauveteurs ou les médecins, familiarisés, du moins le croient-ils, avec la mort.

On peut citer l'exemple de ce jeune soldat, à Goma, chargé de pelleter des cadavres. Il en remplissait sa benne et allait les jeter dans la fosse commune creusée par ses camarades. Un jour, alors qu'il lève son chargement avant de démarrer, la tête d'un adolescent roule et vient le fixer dans les yeux. Ce croisement de regards entre lui et le mort reviendra plus tard dans ses cauchemars.

Dans ces cas, l'effraction traumatique est survenue avec l'apparition d'un élément qui va causer un choc brutal. Le traumatisme provient de la rencontre brusque d'un détail insoutenable qui fait irruption dans le champ de vision, se surajoutant à l'horreur préexistante, détail dont l'horreur dépasse en intensité ce que le sujet avait essayé d'anticiper.

L'instant du trauma est en général très bref, il s'agit souvent, comme on vient de le dire, de la perception d'un détail si insupportable qu'il ne peut être intégré et devient « ce corps étranger interne ». On repère facilement dans les récits des anciens déportés de camps de concentration les instants, souvent nombreux, toujours très brefs, qui ont fait traumatisme.

L'un d'eux raconte que, circulant entre les baraquements, la veille de Noël, il avait débouché sur la place du camp où s'élevait le traditionnel sapin :

en guise de décorations, des cadavres nus pendaient aux branches. Il avait alors été saisi d'effroi.

Néanmoins, une incertitude demeure sur cette instantanéité de l'effraction lorsque des personnes ont été soumises à une agression extrêmement violente, intense et prolongée (tortures). La pathologie qui en résulte est moins le syndrome de répétition qu'une perturbation grave de la personnalité. On voit ce type de pathologie chez des enfants victimes régulières de maltraitance familiale (voir CIM-10, « les modifications de la personnalité »).

ÉLÉMENTS DE PSYCHOPATHOLOGIE

Nous allons tenter de dessiner un modèle psychopathologique de l'effraction traumatique qui rende compte de la clinique. Nous reprendrons la métaphore freudienne de la vésicule vivante, installerons à l'intérieur de cet espace le réseau des représentations ainsi que le lieu du refoulé originaire. Nous simplifierons cependant, pour les besoins de la cause, la complexité de la théorisation freudienne en ce qui concerne le refoulé originaire (fig. 1.6).

Appareil psychique

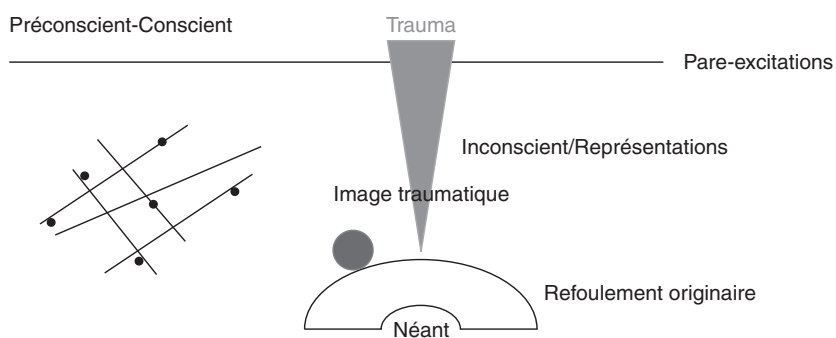


Figure 1.6. L'effraction du pare-excitations

L'image traumatique traverse, comme on l'a vu, le pare-excitations. Elle ne rencontre sur son chemin aucune représentation à laquelle elle pourrait se lier et parvient dans le voisinage de ce qui est le plus proche d'elle dans l'appareil psychique : le refoulé originaire. Des phénomènes de trois ordres vont alors en résulter : l'incrustation d'une image du

néant, la mise à l'écart des représentations et une jonction réalisée avec le refoulé originaire.

La présence dans l'appareil psychique de l'image du réel de la mort

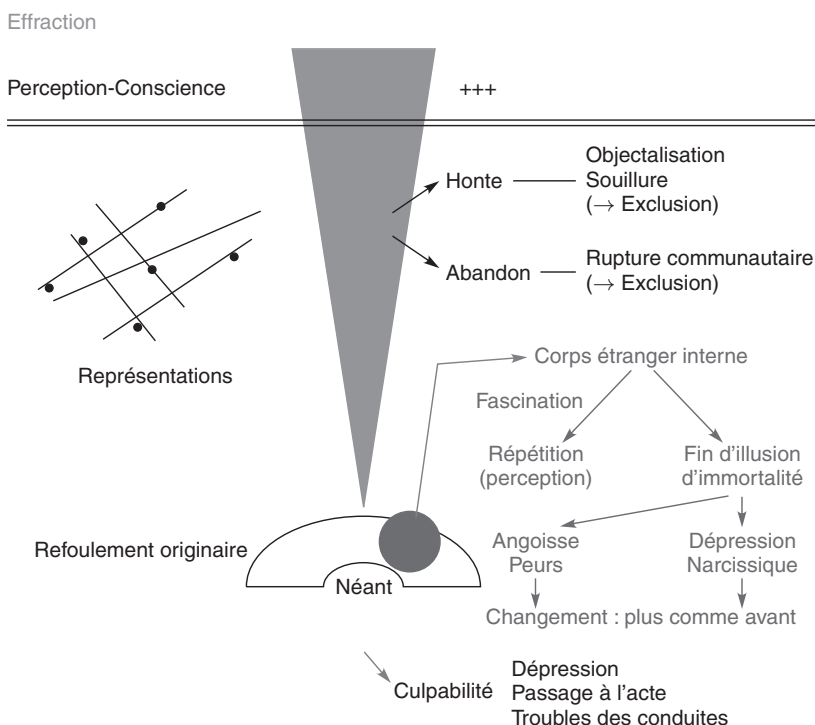


Figure 1.7. Effets cliniques de l'effraction

C'est cette image qui va réapparaître dans le syndrome de répétition, la nuit dans les cauchemars, le jour dans les reviviscences. Elle installe au cœur du psychisme du sujet une certitude qui n'y était pas, celle de sa propre mort. C'est ce que Ferenczi appelait « la fin de l'illusion de l'immortalité » (Ferenczi, 1918). Ainsi, pour le patient, la mort est toujours présente.

« Sous ce siège où je vais m'asseoir, il y a certainement une bombe. »
 « Certainement, derrière cette porte, quelqu'un m'attend avec un fusil. »

Contrairement aux autres hommes, il devient alors incapable de faire des projets à court, moyen ou long terme :

| « La question qui m'est posée de savoir où je vais passer mes vacances l'été prochain me paraît incongrue. »

Ce rapport à la mort donne au sujet le sentiment douloureux d'être devenu différent des autres, de vivre sur « une autre planète ». Le patient connaît, là, un véritable écroulement narcissique qui participe de ce fond de tristesse permanente avec accès dépressifs, voire suicidaires, qui sont si fréquents chez les traumatisés. Paradoxalement, se donner la mort, ici, est une façon de récupérer son immortalité (Lacan, 1968). Par ailleurs, l'image traumatique exerce progressivement un effet de fascination qui plaide pour des soins précoces. Sans le savoir le sujet finit par être attaché à son trauma et arrive à ne plus vouloir se défaire de ses cauchemars et de ses reviviscences. On peut approcher (de loin) ce phénomène dans le comportement des gens dans la vie courante. Lorsqu'il y a un accident sur la voie publique, les passants s'attourent et cherchent à en voir le plus possible. La télévision réalise ses audimats maximums avec des images particulièrement horribles. Enfin, depuis l'aube des temps, les hommes se font la guerre dans un état d'excitation qui ne trompe pas. Cette fascination est aussi jouissance au sens lacanien du terme.

La mise à l'écart des représentations

Dans son trajet, l'image traumatique ne rencontre aucune représentation ; celles-ci sont comme mises à l'écart de par l'espace qu'occupe le néant en train de s'installer. C'est le temps de l'effroi, sans pensées, sans idées, sans mots. Le sujet se vit comme ayant été abandonné par le langage, c'est-à-dire par ce qui fait l'être de l'homme. Il traduit cette expérience indicible comme un abandon par l'ensemble des humains, mêlé d'un sentiment de honte devant sa déshumanisation. Dans le récit que le sujet fait de l'événement, il se désigne souvent lui-même comme un animal : « J'ai été réduit à l'état de bête. »

| Chez un patient, c'est le RER lui-même qui devient « lion » : « Il a dévoré des hommes et à moi il a enlevé un morceau de ma chair. »

Ce sentiment d'abandon est d'autant plus fort qu'il y a eu un abandon réel. En voici deux exemples :

– Un appelé du contingent, en Algérie, fait du « ratisage ». C'est le soir et le lieutenant siffle l'arrêt des opérations et le retour à la caserne. Le soldat s'aperçoit qu'une grotte n'a pas été fouillée et quitte son groupe pour grimper le long de la paroi rocheuse. Il se retrouve nez à nez avec le fusil d'un rebelle. Il parvient à se laisser glisser en bas de la falaise sans être atteint par le coup de feu. La nuit est tombée et le soldat ne réussit pas à rejoindre sa section. Il vit à ce moment des heures d'angoisse et de solitude qui le marqueront beaucoup plus que la rencontre qu'il a faite avec la mort. Trois ans de psychothérapie intense, effectuée, il est vrai, vingt ans plus tard, ne parviendront pas à le libérer de l'emprise de ce temps d'abandon. Les images qu'il emploie pour se désigner lui-même appartiennent au règne animal, traduisant ainsi son sentiment de déshumanisation : « Je suis comme un animal qui se nourrirait de ses excréments » (les cauchemars). Il a même une période où il ne peut plus marcher qu'à quatre pattes.

– Une jeune femme est dans le RER au moment de l'attentat. Elle est une des premières à sortir et se précipite vers une cabine téléphonique. Elle compose un nombre incalculable de fois le numéro de son ami, sans obtenir de réponse. Elle finit par s'écrouler dans la cabine, le combiné décroché pendant à côté d'elle. Elle y passe la nuit dans une totale dérégulation. Chez elle aussi, la névrose traumatique sera grave. Elle ne peut vivre que seule, entourée de ses trois molosses.

Ce sentiment d'abandon est à l'origine de troubles de caractère dont le sujet n'est pas toujours conscient, surtout lorsque ce sentiment, de passif au départ, se transforme en sentiment actif : se faire abandonner. Le sujet se replie sur lui-même, devient taciturne, agressif et se sent même parfois vaguement persécuté. Le nombre de ruptures conjugales à la suite d'un trauma est important, ainsi que les pertes d'emploi, l'abandon par les amis, les parents, les enfants, etc. Dans les cas les plus graves, on aboutit à une exclusion totale de toute vie sociale.

– Un patient qui a assisté pendant son service militaire au massacre de la rue d'Issly, vit aujourd'hui dans son grenier où sa femme vient lui apporter de la nourriture. Il ne sort que la nuit et met alors des lunettes noires et un treillis militaire.

– Un autre, ancien des camps de concentration vietminh, vivait seul dans une caravane à la périphérie d'une petite ville de province, avec les maigres moyens de sa pension militaire. Il a fallu une très longue hospitalisation pour le rendre à la société.

Il y a encore un aspect que nous ne détaillerons pas ici, parce qu'il n'est pas au premier plan de nos cultures occidentales : celui de la souillure. Dans les civilisations traditionnelles, les troubles post-traumatiques sont traités par des rituels de purification (Djassao, 1994).

En Occident, on voit plutôt chez certains patients se développer des rituels de lavage, de nettoyage de vêtements qui paraissent toujours avoir une tache ou une poussière, etc.

Le rapport avec l'originnaire

Ce rapport avec l'originnaire est fondamentalement au principe de cette culpabilité que l'on rencontre chez tous les traumatisés psychiques, même si d'autres éléments peuvent participer à sa présence (culpabilité du survivant, culpabilité de « n'en avoir pas fait assez »). L'originnaire est le lieu où se déposent les premiers éprouvés du nourrisson, voire du fœtus, expériences extrêmes de néantisation, de morcellement ou de jouissance totale. Tous ces éprouvés se retrouvent dans la psychose. L'expérience traumatique se présente comme un retour vers cette zone profondément refoulée et interdite. Certes, le traumatisé ne l'a ni voulu, ni souhaité, ni désiré mais il est revenu vers ces expériences d'avant le langage, effectuant ainsi un retour en arrière, une sorte de régression vers le sein maternel (Daligand, 1997). Ce retour en arrière est une transgression majeure rarement perçue comme telle par le patient mais qui produit un sentiment de faute dont le sujet ne sait que faire.

« À ce moment-là, j'ai su que je franchissais une ligne rouge. » C'est en ces termes qu'un médecin, confronté au spectacle d'une morgue où avaient été déposés les morceaux des victimes d'un crash aérien, désignera son expérience traumatique. Parmi les corps démantelés, il « était tombé en arrêt » devant une tête de femme légèrement aplatie avec un œil sorti de l'orbite ; quand il racontera ce moment dans le débriefing qui aura lieu quinze jours après, il parlera de son sentiment d'avoir franchi une limite. Mais il est rare que la transgression soit pointée de façon aussi claire.

Chez le nourrisson, peu à peu, l'angoisse primaire de néantisation est remplacée par l'angoisse de castration, c'est-à-dire l'angoisse de la perte et qui est référée à une faute première comme nous le verrons au chapitre des thérapeutiques à long terme. C'est un trajet semblable que devra effectuer le patient. Aussi le sentiment de la faute devra-t-il être ménagé dès le début de la prise en charge car c'est lui qui permettra le passage du néant à la perte.

Ceci nous amène à développer la question de la culpabilité de la névrose traumatique. Comme nous venons de le voir, son socle est ce mouvement transgressif dans lequel le sujet a été ramené vers l'originnaire. Le sujet ne comprend pas toujours les motifs. Mais il existe

d'autres cas où des motifs peuvent justifier, de façon plus ou moins convaincante, ce sentiment de faute et lui donner une forme acceptable par la raison : responsabilité de l'accident, culpabilité du survivant, culpabilité de n'en avoir pas fait assez pour secourir les autres et les protéger, etc.

Dans certains cas le trauma se produit dans des circonstances où le sujet commet des transgressions graves. On peut alors observer, des années après, la survenue d'états délirants persécutifs, authentiquement mélancoliques :

- Un ancien d'Indochine avait participé au massacre des habitants d'un village et il se sentait, trente ans après, environné d'Annamites cherchant à se venger.
- Un autre, ancien légionnaire, avait tué par méprise un adolescent dans un pays d'Afrique, il avait voulu le secourir mais l'enfant était mort dans ses bras. Vingt ans plus tard, il se croyait au centre d'un vaste complot, fomenté contre lui par les jeunes des banlieues parisiennes. Comme le précédent, il était en proie à des hallucinations auditives de plus en plus précises et qui auraient dû les mener l'un comme l'autre au suicide si, au bord du passage à l'acte, ils n'étaient venus se réfugier à l'hôpital militaire.

Parfois, chez des gens qui ont moins de choses à se reprocher, le sentiment de la présence des victimes existe, mais de façon moins agressive :

- Ce jeune parachutiste a assisté à des massacres interethniques en Afrique ; cinq ans plus tard, il a souvent le sentiment qu'il y a des revenants qui parlent dans la pièce d'à côté et qui ouvrent ou ferment brutalement la porte, créant un courant d'air ; il ne se sent pas pour autant menacé.

La culpabilité est inhérente à l'expérience traumatique, elle se mêle aux phénomènes, dont nous avons déjà parlé, de sentiment d'abandon, de honte, de fascination/répulsion pour l'horreur, créant ainsi une gamme de symptômes qui constitueront le tableau de la névrose traumatique. Comme nous l'avons vu, ils se constituent dans le même mouvement, et il n'y a pas lieu d'évoquer à propos de l'un ou l'autre de ces sentiments des problèmes de comorbidité. Ceci est particulièrement vrai pour la dépression qui résulte aussi bien de la fin de l'illusion de l'immortalité, du sentiment d'abandon que de la présence de la culpabilité. Certes, ces symptômes répondent à des mécanismes psychopathologiques différents mais ils sont, ici, liés par la simultanéité de leur origine. Il faut ajouter que le syndrome de répétition réactive, à

chacune de ses manifestations, les perturbations que nous avons vues, en particulier la culpabilité et la mise à l'écart du langage. C'est lui qui entretient la névrose dans tous ses aspects et l'aggrave (fig. 1.8).

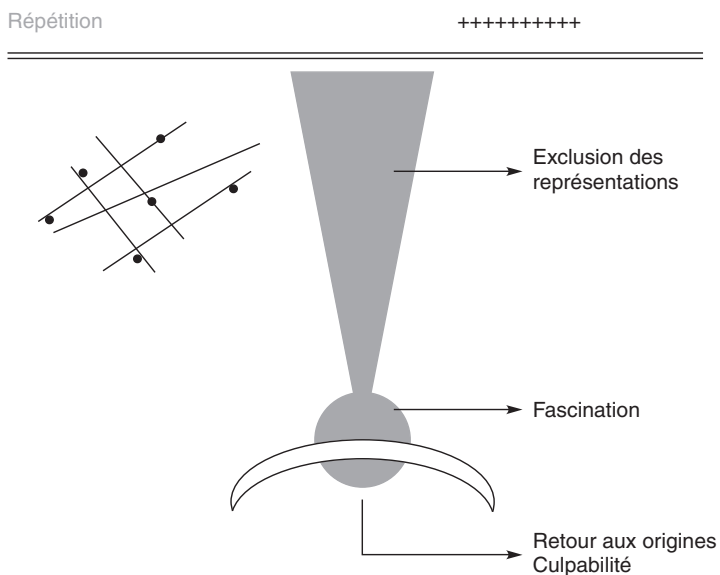


Figure 1.8. La répétition

Chapitre 2

L'EFFROI¹

LE MOT « effroi » est la traduction choisie par les psychiatres et les psychanalystes français du terme allemand « *Schreck* ». Celui-ci figure d'abord chez Kraepelin (Kraepelin, 1889) dans la névrose d'effroi (« *Schreckneurose* ») puis chez Freud lorsqu'il veut décrire l'état affectif qui accompagne le traumatisme (Freud, 1920). Il distinguait à juste titre l'effroi de l'angoisse et de la peur. Ainsi, le terme est-il malaisé à traduire, en anglais notamment, où la *Standard Edition* choisit le mot « *fright* » qui a l'inconvénient de comporter une dimension de peur, laquelle est absente de l'effroi. En français, s'il n'était pas dans son emploi courant un peu faible, c'est le mot « saisissement » qui se rapproche le plus de l'effroi. Lors d'un événement possiblement traumatogène, l'expérience d'effroi est peu rapportée par les victimes et n'est observée par les praticiens que dans certains états durables d'hébétéude, de sidération, sans qu'ils puissent saisir si ces états sont les effets de l'angoisse, ou s'ils traduisent une prolongation de la confrontation avec le néant.

1. Article paru dans la *Revue francophone du stress et du trauma* sous le titre « L'effroi du traumatisme psychique. Le regarder en face ou s'en protéger », tome 2, n° 3, août 2002.

Ainsi, l'effroi est-il mal connu et privilégié-t-on dans les descriptions cliniques ce qui est englobé sous l'appellation de stress dépassé. Pour asseoir cette clinique de l'effroi, nous avons choisi de partir d'observations où il se manifeste à l'état pur et où le sujet est capable d'en faire le récit, si bref soit-il généralement, en particulier quand aucun phénomène de stress ou d'angoisse ne vient en masquer l'expression. Nous verrons ensuite les moyens de défense que le sujet met en œuvre pour se protéger des effets de l'effraction génératrice d'effroi : le déni, la perte de connaissance, mais aussi le développement d'une angoisse. Nous savons que Freud pensait que l'angoisse pouvait faire barrage à l'effraction traumatique, d'où l'importance qu'il accordait à l'effet de surprise. Mais l'angoisse peut aussi avoir un rôle protecteur après le trauma ; elle est alors préférable pour le sujet à ce vide qu'installe en lui le face à face avec le néant. En conclusion, nous verrons qu'une connaissance de l'effroi par le praticien l'aide dans ses prises en charge thérapeutiques et, en particulier, que plus il fait parler la victime, et le plus tôt possible, plus il l'aide à sortir de sa capture par l'événement.

CLINIQUE DE L'EFFROI

Celle-ci est exactement superposable au schéma psychopathologique de l'effraction traumatique. L'effroi est dit par les sujets en termes de « panne », de « blanc », d'éclipse de soi — « Je n'étais plus là » —, de complet silence, de perte des mots ou, comme ce patient : « Une lumière intérieure s'est éteinte. » L'un de nos patients parlait joliment de « moment de black-out » (*cf.* observation 4). Le plus souvent, c'est un « arrêt de la pensée » qui est décrit. La durée de cette expérience très particulière est généralement très brève et, à chaque fois, l'absence de toute émotion est notée, ce qui chez les soldats, par exemple, passe à leurs propres yeux pour une manifestation de courage : « Ils n'ont pas eu peur. »

Observation 1

Cette jeune étudiante attend son ami au bas de l'immeuble de ses parents. Un agresseur lui appuie un revolver dans les reins et l'oblige à monter avec lui à l'appartement. Tout en lui obéissant, elle met un moment à réaliser ce qui se passe. Son ami arrive et la fouille de l'appartement commence. Elle ne s'exécute pas assez vite. L'agresseur lui met le revolver sur le front. « Là, tout d'un coup, ça a été le vide, plus rien, plus de pensées, je me souviens que je regardais seulement mon ami. » À ce moment, elle ne ressentait ni peur ; ni angoisse. Elle a l'impression que ça dure longtemps, mais on

peut en douter. L'agresseur l'oblige à la suivre dehors vers un distributeur de billets, puis à la gare où il saute dans un train. Elle est restée calme tout le temps, avec l'idée de « ne pas jouer les héroïnes ».

Il y a peu de « réactions de stress » dans les heures et les jours qui suivent. Les cauchemars de répétition apparaissent une semaine après l'événement, et, quinze jours plus tard, s'installe un état dépressif qui motive la consultation.

Observation 2

Cette jeune femme de 30 ans, ingénieur, est assise à trois mètres de la fenêtre, un peu à l'écart dans une salle où se tient une réunion. Elle entend une violente explosion et pense immédiatement à une farce faite par les stagiaires dont elle a la charge dans l'entreprise, puis à un attentat. Tout de suite après, elle se retrouve debout face à la fenêtre devant laquelle un lourd rideau est tiré, le rideau est transpercé de haut en bas par des morceaux de verre et c'est un objet « étrange » qu'elle a devant elle. Pendant un bref moment, elle le contemple, la tête vide de toute pensée. Puis, elle aperçoit les participants à la réunion à plat ventre, par terre, sous la table. Elle sort voir les dégâts provoqués ailleurs et s'il y a des blessés, et essaye de comprendre. Elle apprendra plus tard que c'est l'usine AZF de Toulouse qui vient d'exploser.

Là aussi pas de stress, pas d'angoisse et une conduite adaptée. La névrose traumatique apparaîtra un mois après. Ce qui est intéressant dans cette observation, c'est le côté « saisissement » du moment de l'effroi qui est contemporain de ce face-à-face avec l'objet « étrange ».

Ces deux premières observations illustrent une réalité clinique pas toujours reconnue : il peut y avoir traumatisme sans développement d'angoisse. Ces deux femmes ont eu peur, sans plus, et, pour la première, la peur a disparu au moment précis où elle a été convaincue qu'elle allait mourir. Chez la seconde, en raison du caractère très particulier de l'événement, la menace vitale n'est même pas parvenue à la conscience.

Très souvent, le moment de l'effroi est suivi d'une réflexion sur la mort comme perte, c'est-à-dire la seule façon dont elle peut être représentée (cf. observation 3)

Observation 3

Ce militaire de vingt-huit ans est chef de bord d'un camion citerne qui roule à trop vive allure sur une piste en mauvais état. Le chauffeur fait une fausse manœuvre et le véhicule entame une série de tonneaux : « Tout à coup,

la lumière s'est obscurcie et j'ai entendu un grand froissement de tôle et les vitres qui éclataient. J'ai eu un moment de vide où il n'y avait plus de pensées, puis j'ai pensé à ma femme et à mes trois enfants et je me suis dit que ce serait dommage de ne pas les voir grandir. » Il a du mal à s'extraire du véhicule et à rejoindre son camarade qui a été éjecté et présente une très vilaine fracture ouverte de l'avant-bras. Lui n'a qu'une petite entaille au cuir chevelu et une luxation de la clavicule. Il appelle son régiment sur son téléphone portable et s'occupe de son camarade. Il est très étonné d'apprendre plus tard qu'entre le moment de l'accident et son appel il y a un trou de vingt minutes. Ici, la perte de connaissance n'a rien gommé de l'expérience d'effroi.

Il n'y a pas eu là non plus de réaction immédiate. Les cauchemars sont apparus dès le surlendemain : « le froissement de tôle et la baisse de la lumière, puis le bras de mon camarade. » Dans l'évolution vers la guérison, seule cette dernière vision s'imposera quelque temps encore.

On peut penser ici que la perte de connaissance est due à une commotion cérébrale et est sans rapport avec l'effroi qui est parfaitement remémoré. Il y a eu peu d'angoisse, mais une activité psychique intense et durable autour de la culpabilité et de la mort. Comme chef de bord, il aurait dû prévenir cet accident, et a-t-il fait ce qu'il fallait comme premiers soins à son camarade ? Sa réflexion sur la mort l'amènera dans les semaines qui suivent à une crise existentielle douloureuse, puis à revoir dans un sens moins « irresponsable » (c'est lui qui le dit) son rôle de chef de famille. L'expérience de l'effroi a été pour ce sujet, comme pour d'autres, un choc salutaire.

Enfin, voici une quatrième observation où un épisode dissociatif succède à l'effroi.

Observation 4

Cet homme d'affaires de 28 ans vole à haute altitude dans son petit avion privé avec son associé. Ils viennent de réaliser un joli profit et sont euphoriques. Il est assis et tourne le dos au pilote. Tout d'un coup il « entend un boum » et le pilote leur demande immédiatement d'aller s'asseoir à l'arrière. Il voit alors la vitre du cockpit se fendiller, « à cette altitude-là ça ne pardonne pas », et « c'est le black-out, le vide » dans sa tête : « Je ne faisais que regarder la vitre. » Son collègue, qui pleure bruyamment, le sort de son état de saisissement d'effroi. Ils s'étreignent pour se dire adieu, mais l'idée qui s'impose à lui à ce moment, c'est qu'il doit « mourir dignement ». Ils s'en sortent par miracle et, à l'atterrissage, il est gagné par un sentiment d'irréalité de ce qu'il vient de vivre et de ce qu'il vit à ce moment même. Il n'a qu'une idée en tête, aller se coucher et dormir. Il dort effectivement douze heures d'affilée. Le lendemain matin, il écoute les informations locales (il vit dans un pays de l'Europe centrale) où l'on parle de son accident et réalise

soudain, avec stupeur, que « tout ça, c'était vrai ». Les premiers symptômes apparaissent le jour même et vont le conduire peu à peu au bord du suicide.

LE DÉNI DE L'EFFROI

Dans l'armée, il est fréquent de voir des soldats qui ont échappé « par miracle » à la mort : le fusil de l'adversaire s'est enrayé alors qu'ils ont lu leur mort dans ses yeux, la balle s'est logée dans un objet qu'ils portent sur eux, etc. Ils n'ont « pas eu le temps d'avoir peur », disent-ils fièrement. Certains se souviennent, des années après parfois, de ce qu'ils ont ressenti lorsqu'ils ont compris qu'ils étaient « déjà morts ». D'autres ne s'en souviennent pas, alors qu'ils présentent eux aussi un syndrome de répétition traumatique. Tout ce qu'ils peuvent en dire c'est quelque chose comme : « À ce moment-là, j'ai vu que j'allais mourir. » Et l'on peut très légitimement se demander si l'on ne pourrait pas se contenter de cette simple affirmation pour inférer une expérience d'effroi. Ceci pourrait être vrai pour toute situation de menace vitale directe, comme les accidents de la voie publique par exemple (Vaiva, 2001).

Parfois, si l'effroi n'apparaît pas dans le récit de l'événement, il est clairement indiqué dans les cauchemars. Nous donnerons un exemple très parlant qui se reproduit chez le même sujet.

Observation 5

Ce caporal de 21 ans participe à l'opération Daguet en Arabie Saoudite. Lors de l'attaque terrestre, il est en première ligne avec son char. Du fait du franchissement d'un profond fossé, il se retrouve face à un char T59 irakien alors que son propre canon est en position verticale, c'est la mort à tout coup. Puis le T59 explose, un char français situé à l'arrière a vu la scène et a tiré. « J'étais complètement perdu, je ne savais plus où j'étais, ça a duré peu de temps, mais j'ai eu l'impression que ça durait des heures. » Ce pourrait être une simple bouffée d'angoisse, mais le récit des cauchemars est plus précis : « Les images sont peu nettes, puis il y a un trou noir ; la mort. »

Quatre ans plus tard, le même soldat est de sentinelle, la nuit, avec un camarade, à la limite de la « zone humanitaire sûre » tracée par des militaires français au Rwanda. L'ennemi potentiel est tout près, on peut le voir et l'entendre. Tout d'un coup, il voit avancer une troupe de gens, mais ne peut distinguer si ce sont des militaires ou des civils. Ils portent des objets qui brillent sous la lune. Machettes ? Fusils ? Il arme son fusil mitrailleur et fait les sommations : « À ce moment-là, j'ai vu toute ma vie défiler, puis j'ai

pensé : c'est eux ou moi. » Il se sent abandonné, personne n'est là pour lui dire ce qu'il doit faire. Il entend derrière lui son camarade qui arme aussi son fusil mitrailleur. Il lui crie : « Ne fais pas le con, ne me tire pas dessus ! » Puis d'autres soldats français arrivent et les « assaillants (?) » disparaissent dans la brousse.

Dans ses cauchemars, qui se surajoutent à ceux du Golfe, il revit la situation « Où c'est eux ou moi puis plus rien, il y a coupure de l'image et du son, comme une bande vidéo qui casse. »

Le « trou noir » dans les cauchemars du premier traumatisme et cette « rupture de la bande vidéo » pour le second sont une brève figuration de l'expérience d'effroi. Chez ce sujet, les cauchemars sont survenus de manière assez précoce par rapport aux événements et n'ont pas eu d'incidence sur sa carrière militaire. D'autres, qui ont vécu un traumatisme, ont dû interrompre celle-ci ou obtenir des affectations où ils ne risquaient pas d'être exposés au danger ; en particulier parmi ceux qui n'ont pas présenté de syndrome de répétition, mais uniquement des réveils en sursaut avec angoisse et des troubles du caractère. Le déni s'oppose ici à la remémoration des cauchemars comme de l'expérience d'effroi durant l'événement. Ces cas posent d'ailleurs un problème au psychothérapeute qui doit être bien persuadé que si un tel mécanisme de défense a été mis en place aussi durablement, c'est que le sujet est dans l'incapacité d'affronter la révélation du réel de la mort.

Un autre de nos patients lève un coin du voile sur cette question.

Observation 6

Un soldat dans une ville africaine en guerre civile croise un cadavre horriblement mutilé. Il s'adresse à son camarade en lui disant : « C'est curieux qu'on voie tout ça et que ça ne nous fasse rien. » Dans son affectation suivante à Sarajevo, il passe son temps à dormir lorsqu'il n'est pas de service : ses camarades l'appellent « la marmotte ». Un mois après avoir quitté l'armée, apparaît un syndrome de répétition d'une extraordinaire violence autour de l'image du cadavre mutilé.

Le déni prend aussi d'autres formes, des états de conscience modifiée, souvent rangés aujourd'hui sous le terme de « dissociation ». Nous ne donnerons pas d'exemples ici parce qu'ils abondent dans la littérature. Ce que nous avons rencontré le plus souvent, c'est le sentiment de vivre un rêve, ou un cauchemar, des phénomènes de déréalisation, des modifications dans la perception du temps. Un peu plus rarement, les sujets font état de brèves amnésies concernant le moment traumatique lui-même où souvent une période d'actes automatiques qui

peuvent être complexes et durables (revenir chez soi après un attentat par exemple). Nous avons eu l'occasion ailleurs de parler de ces « oublis » de l'expérience d'effroi, qui sont levés au cours d'une psychothérapie, parfois très tardivement (Lebigot, 2001). Il arrive aussi que les patients considèrent ce « manque de souvenir » comme le principal obstacle à leur « guérison ».

Comme nous l'avons vu parfois, l'effroi, dénié sur le moment, est figuré dans les cauchemars (*cf.* observation 5). L'expérience de néantisation, interdite d'accès à la conscience pendant l'événement, ou secondairement non remémoré, est indiquée dans le syndrome de répétition. Il faut remarquer que le déni peut donc ne pas porter que sur l'expérience d'effroi, mais s'étendre à l'image qui le cause ou même à tout ou partie de l'événement, voire englober une période antérieure ou postérieure, créant une amnésie qu'il devient alors difficile dans beaucoup de cas de distinguer après coup d'une perte de connaissance.

Il est temps maintenant d'envisager dans ce chapitre un aspect essentiel du génie évolutif de la névrose traumatique à travers les rapports qu'entretiennent l'effroi et le déni. Ce dernier est à l'origine de la classique phase de latence. Il exerce son action après l'événement au plus fort de la pression qu'exerce de l'intérieur de l'appareil psychique la néantisation, et il va se maintenir des jours, des semaines, des mois, des années, voire peut-être toute la vie du sujet. Aussi complet soit ce déni, il n'empêchera pas un certain nombre de manifestations psychopathologiques qui marquent un avant et un après, au premier rang desquelles, dans notre expérience, des troubles caractériels ou anxieux et dépressifs. Avec le temps, le déni peut s'avérer moins nécessaire et des cauchemars peuvent apparaître. Le sujet est capable désormais de les affronter (affronter l'effroi), voire même d'y trouver une certaine jouissance. Mais aussi, le déni peut-être débordé à certains moments de la vie du sujet, rendu inefficace, soit du fait d'événements réactivant l'expérience d'effroi et lui donnant une puissance nouvelle, soit du fait d'un affaiblissement des résistances du patient, de l'ensemble de ses défenses psychiques à l'occasion de ces importants accidents de la vie.

Ainsi, nous avons vu une femme torturée par la Gestapo dans sa jeunesse ayant alors présenté pendant une brève période un syndrome de répétition puis, après avoir mené une vie que l'on peut considérer comme normale pendant quarante ans, développer une névrose traumatique à l'occasion de son hospitalisation pour un cancer des poumons. Il a fallu instituer un traitement psychothérapeutique intense pour que cessent ses reviviscences déclenchées par toute amorce d'acte médical sur son corps (Lebigot, 1991).

Les psychiatres militaires ont l'habitude de repérer chez les soldats l'un de ces éléments qui prolongent la phase de latence, c'est-à-dire renforcent le déni : l'illusion groupale. Tant qu'il est dans son unité, avec ses camarades, le sujet participe de cette illusion collective que le groupe est invulnérable et le protège de la mort. C'est lorsqu'il prend sa retraite, qu'il se retrouve sans ce soutien du groupe, que se déclenche sa névrose traumatique. C'est parfois quelques années après que l'image productrice d'effroi vient « exploser dans sa tête », selon le mot de notre jeune parachutiste (*cf.* observation 6.). Il est alors rarement capable d'affronter, seul, cette image incrustée dans son appareil psychique et c'est à ce moment-là que nous le voyons se précipiter à la consultation dans un hôpital militaire (Lebigot, 1991). S'il ne fait pas cette démarche, c'est souvent un destin d'exclu, d'alcoolique, de suicidé qui l'attend.

Des études actuelles sur la prescription dans l'immédiat de psychotropes (*Propranolol, Tianeptine...*) qui protégerait de l'apparition d'un syndrome de répétition traumatique, iraient peut-être dans le sens d'une action semblable à cette illusion groupale ; en agissant sur l'anxiété, elles favoriseraient l'instauration du déni et donc d'une phase de latence.

On voit donc la place centrale du déni dans l'état mental du psychotraumatisé sur le long terme, et l'importance du jeu de force qui s'établit entre lui et l'image de néant qui l'habite. Ces réflexions se vérifient dans le travail psychothérapeutique, en particulier quand il est entrepris pendant la phase de latence, pour un état dépressif par exemple, ou après le déclenchement de la névrose traumatique, mais lorsque le syndrome de répétition se montre encore assez discret. Amener trop tôt le sujet à parler de l'événement, le soumettre à la technique du débriefing, sous couvert de provoquer cette mythique « abréaction » à laquelle nous ne croyons pas, provoque des réactions qui ne vont pas dans le sens souhaité, au contraire. Soit le sujet confronté brutalement par son thérapeute à l'événement traumatique ne reviendra pas à la consultation suivante, ou lui reprochera avec colère l'aggravation de ses troubles ; soit s'installeront des résistances infranchissables qui compromettront définitivement la poursuite du traitement. Le retour sur l'événement peut être seulement proposé par le thérapeute, et à un moment où le transfert entre lui et son patient s'est bien établi. L'intéressé dira alors ce qu'il a envie de dire, et il appartiendra au médecin de juger de l'opportunité de ses questions, qu'elles portent sur les faits eux-mêmes (parfois le récit des cauchemars s'il y en a), ou sur les pensées qui ont accompagné l'événement ou qui en sont issues (Lebigot, 2001).

Nous verrons qu'un problème semblable se pose à propos des soins précoces où, paradoxalement, l'impératif du : « Il faut parler » se situe du côté du silence douloureux du trauma. La parole, si elle est le moyen de l'élaboration de celui-ci, doit d'abord être ce qui va permettre de nouer à nouveau un lien avec le « monde des vivants » et avec celui qui le représente, dans une prise en charge psychothérapeutique, le médecin, le psychologue ou l'infirmier

LES PERTES DE CONNAISSANCE

Elles peuvent survenir au début ou durant l'événement, du fait seulement d'une forte réaction émotionnelle, ou être dues à une commotion cérébrale. Elles surviennent alors avant une éventuelle effraction traumatique qui n'aura donc pas lieu. Il ne pourra y avoir apparition d'un syndrome de répétition dans les suites proches ou lointaines de l'événement. Ce cas n'est pas ici le plus intéressant.

Dans son étude sur les accidentés de la voie publique, Vaiva (Vaiva, Lebigo 2001) signale que chez les victimes l'existence d'une perte de connaissance est très souvent associée à l'apparition ultérieure d'un état de stress post-traumatique. Il nous faut alors émettre quelques hypothèses pour l'expliquer. En fonction de notre expérience clinique, nous voyons deux types de séquences psycho-événementielles qui rendent compte de ce phénomène.

La première correspondrait à celle que l'on retrouve dans l'observation du militaire chef de bord d'un camion-citerne (*cf.* observation 3) ; chez lui, l'effroi, nettement repéré cliniquement, se manifeste au moment où son véhicule se renverse. On pourrait supposer que c'est lui qui détermine la perte de connaissance. Néanmoins, cette dernière n'efface pas le souvenir du moment qui l'a immédiatement précédé. Ce type de séquence est certainement le plus fréquent. Mais il existe une autre possibilité, peut-être plus vraisemblable, qui est que ce soit la vision du bras mutilé du camarade qui ait provoqué la perte de connaissance qui, ici, aurait effacé la seconde expérience d'effroi.

Deuxième type de séquence psycho-événementielle : l'effroi n'est absolument pas remémoré par le sujet ; seule demeure une perte de connaissance qui, elle-même d'ailleurs, peut subir le processus de « l'oubli ». Nous voudrions aussi illustrer ce cas plus rare par une observation.

Observation 7

Cet homme a 21 ans. Il conduit sa voiture lorsqu'au sortir d'un tournant un véhicule roulant en sens inverse à vive allure « se met en toupie » et s'écrase sur son pare-brise : « C'était comme au cinéma, je l'ai vu arriver ; mais je n'y pouvais rien, j'étais impuissant devant ça et je ne savais pas comment ça allait se terminer. » Il n'a eu alors ni certitude de mort imminente, ni absence de pensée. Il se retrouve sur le plancher de la voiture et s'en extrait. Il est gardé deux jours à l'hôpital en observation : « Je ne m'attarde pas sur ce genre de choses, je les mets dans un coin et je n'y pense plus. Cela m'a plutôt fortifié, ce sont des expériences. »

Nous le voyons dix ans plus tard après un autre événement. Entré dans la police, il est cette nuit-là en protection d'un commissariat dans une banlieue en ébullition après une supposée « bavure ». L'endroit est désert. Tout d'un coup, il entend une « déflagration ». Il pense que c'est un « gros pétard ». Puis son collègue lui dit qu'il ressent une douleur au pied (il a une blessure par balle) et il voit à quelques mètres une ombre qui s'enfuit dans la nuit. Il court se mettre à l'abri puis fait demi-tour et revient chercher son collègue blessé. Toute cette séquence montre que ce policier, qui n'a ressenti jusque-là aucune émotion, a de la difficulté à prendre en compte la réalité dans un contexte de menace mortelle.

Le surlendemain, il retourne sur les lieux pour l'enquête. Au moment où il se place à l'endroit où il était lors du coup de feu, il ressent un grand malaise : « J'avais les larmes aux yeux, je ne contrôlais plus rien. » Il cherche en vain à cacher son angoisse. Il est mis en congé maladie, ce qui ne l'apaise qu'en partie. À la consultation (quelques mois plus tard), il a beaucoup de mal à faire le récit de ce deuxième événement. Il bégaye, cherche sa respiration. Le récit de l'accident de voiture, en revanche, ne lui cause aucun trouble. Même lorsque, plus tard, il nous paraîtra nécessaire d'y revenir : En serrant de plus près l'enchaînement des faits, il est tout étonné d'avoir à admettre qu'entre le moment où le véhicule adverse retombe sur son pare-brise et le moment où il s'extrait de la voiture, il a perdu connaissance. En particulier ; il ne se souvient ni du choc, ni de l'éclatement de la vitre et du froissement des tôles, ni de l'attente des secours.

Il est difficile de mesurer l'impact qu'a eu sur ce patient cet événement très probablement traumatique qu'il continue de minimiser. Pourtant, sa trajectoire vitale s'infléchit alors rapidement : il abandonne la maîtrise de biologie qu'il était en train de faire, rentre par la base dans la police, épouse une femme en détresse profonde et se montre, en tant que père, un piètre éducateur. Depuis la « reconstruction » de l'agression, outre son angoisse, il fait état de troubles du caractère (émotivité, irritabilité) : « Je ne suis plus comme avant. » En particulier, il manque de ce « dynamisme » qui l'a toujours caractérisé et il a un sommeil agité. Contrairement à ce qui est habituel dans les névroses traumatiques, il ne fait pas état d'un syndrome de répétition : ni cauchemars, ni reviviscences diurnes de l'un ou l'autre événement.

Ici, la perte de connaissance a recouvert l'expérience d'effroi qui se voit privée de toute possibilité de retour, même dans la vie onirique ; le sujet est incapable d'affronter ce qu'elle est : la révélation du réel de la mort.

D'autres patients, moins complexes que celui-là et peu après l'événement traumatique, ont présenté cette séquence typique, effroi (dénié ou non), perte de connaissance mais jamais, nous a-t-il semblé, dans une situation où le sujet a à faire face à une menace durable ou à la fuir. En l'absence de lésion physique qui la justifie, la perte de connaissance pourrait être un moyen de défense contre le face-à-face avec le néant. La perte de connaissance, surtout quand elle est courte, est plus souvent observée par un témoin présent que remémorée par le sujet, ou alors sous la forme d'une brève éclipse de la conscience qui sépare deux moments facilement repérables. La patiente que nous avons évoquée au chapitre 1, qui a vu sa sœur décapitée sous ses yeux, a d'abord perdu connaissance. A son réveil à l'hôpital, elle ne voulait pas croire les assurances de son entourage qu'elle était seulement blessée. Puis, même la lecture du P.V. de la gendarmerie ne lui a pas rendu la mémoire. Il fallut deux ans pour que l'atroce vérité lui revienne avec tous les détails. Dans beaucoup de cas, les pertes de connaissance se distinguent difficilement a posteriori des effets du déni. Ils se traduisent tous deux alors par un phénomène d'oubli ou d'amnésie.

LA DISSOCIATION PÉRI-TRAUMATIQUE

Des auteurs américains utilisent le concept de « dissociation » pour décrire le vécu des sujets au moment du traumatisme et tout de suite après. Le questionnaire des expériences dissociatives de Marmar *et al.* comporte dix items censés être la traduction dans la clinique de la « rupture brutale de l'unité psychique au moment de l'expérience traumatique ». Utilisé dans une optique prédictive il se montre un instrument relativement fiable :

« Plus la dissociation péritraumatique est intense, plus le risque de développer un état de stress post-traumatique ultérieur est sévère. » (Marmar *et al.*, 1998).

Sa marge d'erreur est aisément compréhensible. Neuf sur dix de ses items peuvent être retrouvés dans des états d'angoisse aigus, comme il s'en produit lors d'événements graves ou catastrophiques, sans qu'il y ait pour autant traumatisme psychique. C'est le cas de ces questions qui cernent la dépersonnalisation, la déréalisation, les troubles mnésiques ou la déstructuration de la conscience. Un seul item, le premier, est à

notre avis spécifique de l'effroi. Il est formulé ainsi dans la traduction qu'en donnent Birmes *et al.* (Birmes, Déthieux et Schmitt, 2000) :

« Il y a des moments où j'ai perdu le fil de ce qui se passait comme s'il y avait eu un blanc ou un intervalle, ou comme si je n'avais pas fait partie de ce qui se passait. »

Les neuf autres questions ciblent des manifestations cliniques en rapport avec un degré élevé d'angoisse. Celle-ci, avec la peur, peut n'être référée qu'au stress provoqué par l'événement. Il n'y a pas eu effraction du « pare-excitations ». Plus souvent, il y a eu trauma et le degré élevé d'angoisse est le résultat de l'addition de deux phénomènes : la menace qui vient de l'extérieur et la menace interne que constitue l'image traumatique incrustée dans l'appareil psychique, que le moment de l'effroi ait été dénié ou non.

En revanche, le déni comme la perte de connaissance sont susceptibles de gommer l'expérience d'effroi. Mais, si celle-ci est retrouvée, sa valeur prédictive devrait être absolue. Elle ne l'est pas complètement car un certain nombre de sujets, en fonction de divers paramètres, sont capables d'élaborer rapidement le traumatisme et, après quelques cauchemars initiaux, ne développent pas par la suite de névrose traumatique. Ces paramètres intègrent un certain nombre de données hétérogènes concernant l'événement lui-même (sa violence et les significations qui s'y rattachent), les circonstances de sa survenue, l'histoire et la personnalité du sujet, etc.

Si les effets d'une forte production d'angoisse sont au premier plan dans beaucoup des items de la dissociation péritraumatique, nous voyons également beaucoup d'états psychiques qui sont à référer au mécanisme du déni, et en particulier tout ce qui concerne ces phénomènes de déréalisation, ces vécus de rêves et de cauchemars.

On en a eu un exemple dans ces observations, avec ce cadre commercial au moment de son atterrissage en sûreté à l'aéroport (*cf.* observation 4), donc très peu de temps après son épisode traumatique. Ainsi, le questionnaire de Marmar *et al.* pourrait se subdiviser en trois catégories d'items :

- La première catégorie ne comporterait qu'un seul item qui se rapporterait directement à l'expérience de l'effroi. Mais s'ils étaient cernés sémiologiquement de façon plus précise, l'item 2 (« J'ai fonctionné comme si j'étais en pilotage automatique ; plus tard, j'ai réalisé que j'avais fait des choses que je n'avais pas activement décidé de faire ») et l'item 8 (« J'ai été surpris(e) d'apprendre plus tard que beaucoup

- de choses dont je n'avais aucun souvenir s'étaient produites, particulièrement des événements que je remarque en temps normal ») pourraient peut-être être rattachés à cette première catégorie ;
- La deuxième catégorie comporterait des items qui témoigneraient de la présence d'une grande quantité d'angoisse, produite par l'événement, à laquelle se surajoute une autre quantité d'angoisse produite par l'image incrustée, la sommation des deux aboutissant à des degrés d'angoisse considérables et mettant en danger le fonctionnement, voire l'unité, de l'appareil psychique. Dans cette catégorie, l'item, qui repère des modifications corporelles est particulièrement intéressant ;
 - Une catégorie d'items serait aussi en rapport avec un mécanisme de défense en place tout de suite avant, pendant ou après un trauma, et, en particulier, celui sur lequel nous avons insisté : le déni.

Il n'en reste pas moins que le degré d'angoisse peut être extrêmement élevé, simplement du fait de l'expérience vécue, de la menace qui a pesé sur le sujet, sans qu'il y ait eu pour autant effraction traumatique et sans que l'on puisse craindre à l'avenir la survenue d'une affection chronique, d'une névrose traumatique.

Le plus souvent, néanmoins, une importante déréalisation ou une transposition complète de l'instant dans un univers onirique correspond à une défense contre un traumatisme. On comprend dès lors la valeur prédictive relative des symptômes dissociatifs péritraumatiques, mais il est intéressant de constater qu'ils cernent d'assez près l'effroi tel que nous avons tenté de le décrire.

CONCLUSION

On peut se demander quel intérêt il y a à s'arrêter ainsi sur la clinique de l'effroi habituellement si négligée. Nous voyons trois raisons de le faire.

1. La première est que cette clinique nous permet une approche psychopathologique de l'effraction traumatique sous une forme métaphorique accessible. L'effroi est ce moment où l'image traumatique pénètre dans l'appareil psychique, repousse les représentations et les signifiants qu'il contient, et va s'incruster en son point le plus profond (poche du refoulement originaire) (Lebigot, 2000). Le resurgissement en sens inverse de cette image 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 ».

2. La deuxième raison de s'intéresser à l'effroi est que celui-ci permet de tracer une frontière parfaitement étanche entre le stress et le

traumatisme psychique, ce qui disqualifie toutes ces appellations de stress traumatique qui figurent dans un certain nombre de nosographies largement répandues.

Dans les études prédictives, le repérage de l'effroi survenant très précocement après l'événement possiblement traumatogène est le meilleur indice de ce qu'il y a eu effraction de l'image du néant et donc qu'il y aura ultérieurement développement d'une névrose traumatique, ou d'un état de stress post-traumatique (Vaiva, 2001).

Néanmoins, dans un certain nombre de cas, le trauma peut s'élaborer dans les jours ou semaines qui suivent. L'effroi n'est donc pas un facteur prédictif absolu. Dans l'ensemble des cas, cependant, l'existence d'une expérience d'effroi chez une victime amènera le praticien, dans une collectivité par exemple, à exercer une discrète surveillance sur le sujet ; celui-ci, dans tous les cas, sera averti des possibilités de soins dès l'apparition de symptômes qui lui seront précisés.

Toutefois, on obtient assez rarement une description complète de ce moment d'effraction traumatique. Le plus souvent, le sujet ne livrera dans son récit qu'une sorte de résumé de ce qui a été pour lui l'expérience d'effroi ; il soulignera la certitude qui l'a habité de sa mort imminente : « Je me suis vu mort. »

Le problème est que cet indice ne peut être recueilli que lorsque la victime a vécu un événement ayant menacé sa vie : un accident de la circulation, une agression, un attentat... En revanche, on aura beaucoup plus de difficultés à obtenir une simple assertion qui serait parfaitement fiable dans d'autres types de situations possiblement traumatogènes comme, par exemple, une vision d'horreur. C'est bien ce qui s'est passé avec notre soldat chef de bord de l'observation 3 qui a bien su retrouver l'effroi de l'accident lui-même au cours duquel il était convaincu qu'il allait perdre la vie, mais il n'a rien pu dire de l'autre traumatisme qu'a constitué pour lui le face-à-face avec le bras horriblement mutilé de son camarade.

3. La troisième raison de nous intéresser à l'effroi, plus proche de nos intérêts habituels, concerne la chronologie et les méthodes de la prise en charge de tels patients.

Comme on l'a vu, les sujets développent immédiatement ou très précocement, dès que l'image traumatique se présente à leurs yeux, des mécanismes de défense contre cette image sensorielle qui va s'incruster en eux ; mécanismes de défense que sont l'angoisse (sous l'une des formes signalées dans l'échelle de dissociation péritraumatique), le déni (c'est-à-dire le refus de prendre en compte la réalité ; ici le réel de ce qu'ils ont vécu) ou la perte de connaissance qui est une façon de se soustraire à cette réalité (à ce réel).

Nous pensons qu'il faut respecter les défenses propres du sujet par rapport à cette expérience extrême qu'il vient de traverser. Dans les premiers temps, s'il faut l'inciter à nous parler, à rétablir le primat de la parole sur l'image, ceci doit se faire sans sollicitations trop pressantes. Il est souhaitable de le laisser nous dire ce qu'il a envie de nous dire, ce qu'il se sent prêt à livrer de son vécu.

Il est certain que la méthode du débriefing telle qu'elle est utilisée dans d'autres pays, souvent très précocement, où les sujets sont pressés d'en dire le plus possible, de relater en détail leurs perceptions, leurs pensées et leurs émotions, force les défenses que le sujet est en train de mettre en place. Cette façon de procéder va plutôt dans le sens d'une aggravation des effets de l'effraction qu'elle n'apporte un apaisement. Elle favorise la répétition au lieu de permettre l'amorce d'un travail d'élaboration. C'est ce que montrent les études qui ont été faites concernant l'utilité des débriefings qui, à terme, soit ne modifient pas l'évolution des sujets, soit conduisent à une aggravation (Lebigot, Damiani et Mathieu, 2001).

Ce n'est que quand les sujets ont utilisé avec succès leurs propres mécanismes de défense, qu'ils ont récupéré une stabilité émotionnelle durable, qu'un questionnement précis concernant l'événement peut être entrepris, avec précaution néanmoins.

La pratique montre que c'est rarement dans ces débriefings pratiqués un peu à distance des faits qu'un récit de l'expérience d'effroi est recueilli. Plus souvent, c'est au cours du travail psychothérapeutique que le sujet éprouve, à un moment ou à un autre, le désir de revenir en détail sur ce qu'il a vécu à ce moment-là, le récit de l'effroi devenu possible donne une nouvelle impulsion au travail d'élaboration. Certains sujets ont d'ailleurs une sorte de perception de la résistance que constitue pour eux, à ce moment de leur travail psychothérapeutique, le non-souvenir de ce moment de l'effraction. Il est par ailleurs difficile de juger du moment opportun pour effectuer un véritable débriefing, qu'il soit individuel ou collectif.

L'effroi, c'est la confrontation au réel de la mort, au néant, c'est la perte pour le sujet de sa condition d'homme, c'est-à-dire d'« être parlant ». Nul ne sort indemne de cette expérience, et les praticiens doivent être suffisamment avertis s'ils veulent aider leurs patients, en prenant la mesure du caractère indicible de ce qu'ils ont vécu et en évitant de les y confronter trop précocement, à un moment où ils n'ont pas la possibilité de l'affronter.

Chapitre 3

CONSÉQUENCES À COURT ET MOYEN TERME DU TRAUMATISME DANS LA CLINIQUE

CONSÉQUENCES PSYCHIATRIQUES IMMÉDIATES ET PRÉCOCES

Les répercussions psychiatriques, lorsqu'elles se manifestent, peuvent être immédiates et provoquer des troubles du comportement repérables, ou bien elles peuvent être différées jusqu'au lieu et au moment où le sujet est hors de danger. Ce dernier phénomène est d'observation courante en milieu militaire quand des troubles apparaissent chez le soldat après qu'il a quitté la bataille et regagné un abri sûr. Dans certains cas, les troubles du comportement ne surviennent qu'après le retour du combattant dans ses foyers. Entre-temps, le moment traumatique lui-même peut être rétrospectivement « gommé » et des troubles discrets vont marquer cette période : anxiété, troubles de l'humeur...

Comme on a déjà eu l'occasion de le voir à travers quelques exemples, le traumatisme psychique peut ne donner, dans l'immédiat et le post-immédiat, aucune manifestation clinique, seulement le ressenti de soulagement d'avoir échappé à la mort, suivi éventuellement d'une discrète exaltation ou d'une peur rétrospective accompagnée parfois d'un peu d'angoisse mais qui se résorbera rapidement sans laisser de trace à court ou moyen terme. Il n'en reste pas moins que certaines de ces expériences sans conséquences immédiates ni post-immédiates peuvent accompagner un traumatisme qui se révélera profond, grave lorsque la névrose traumatique sera déclenchée dans les mois ou années qui suivent.

Généralement néanmoins, le traumatisme sera suivi de manifestations psychiatriques dont nous présentons ici la diversité.

Les états anxieux

Ils se présentent schématiquement sous deux formes : état d'agitation ou état d'inhibition. Le sujet peut présenter un état d'agitation plus ou moins intense, avec logorrhée, discours peu construits, parfois hurlements, associés souvent à des phénomènes neurovégétatifs : tremblements, sueur, tachycardie, etc.

Parfois, au contraire, le sujet est en état d'inhibition : il est sidéré, muet, immobile, pâle, paraissant vivre dans un autre monde. Dans cet état, il peut être amené à commettre des actes automatiques, bénéfiques ou non. Ainsi, une victime d'attentat peut reprendre le métro pour rentrer chez elle ou un soldat courir vers les lignes adverses. Ces actes seront oubliés aussitôt qu'accomplis.

Les phénomènes conversifs

Ils sont devenus plus rares aujourd'hui chez les Occidentaux, mais étaient courants dans les armées du premier conflit mondial. Tous les organes de la vie de relation peuvent être touchés : paralysie motrice, cécité, surdité, aphonie, etc. L'organe touché était généralement en rapport avec le contexte de l'événement traumatique : la cécité du tireur d'élite. Le meilleur accueil fait aujourd'hui au discours qui exprime une douleur morale et le peu de crédibilité qu'ont acquis, dans le public, les phénomènes conversifs expliquent probablement cette évolution.

Les phénomènes psychosomatiques

Ces phénomènes psychosomatiques ont été le mode privilégié de l'expression de l'angoisse chez les soldats lors de la Deuxième Guerre mondiale et pendant la guerre d'Algérie. Les médecins militaires français ont observé, là, un grand nombre d'ulcères gastroduodénaux (Laverdant *et al.*, 1965), d'hypertensions artérielles, de maladies de Basedow, de diabètes, de manifestations dermatologiques (Lafont, 1996). Ces dermatoses, qui apparaissent brutalement ou réapparaissent de façon cyclique et qui généralement résistent à la thérapeutique, sont les phénomènes psychosomatiques que l'on rencontre le plus souvent, actuellement. On peut également observer des chutes de cheveux ou des prises de poids. Peut-être faut-il ajouter à cette liste le déclenchement de cancers (traditionnellement acceptés comme conséquences de stress répétés).

Les troubles du niveau de la conscience avec dépersonnalisation, déréalisation, parfois désorientation temporo-spatiale

Ils peuvent apparaître immédiatement après le traumatisme et nécessiter, dans certains cas, une hospitalisation dans les jours qui suivent ; ils sont spontanément réversibles. Les Américains se sont beaucoup intéressés à eux, reprenant pour les désigner le terme « d'état dissociatif » emprunté à Janet. Ils voient dans leur présence un indice de forte probabilité d'une apparition ultérieure d'un PTSD- voir l'échelle de « dissociation péri-traumatique » de C. Marmar (Marmar, 1997) - d'après des études prospectives, ils n'ont pas tort neuf fois sur dix (Birmes, 1996).

En fait, ces « états dissociatifs » recouvrent deux types de phénomènes.

Soit c'est l'angoisse résultant de la conjonction d'un stress et d'un trauma qui atteint un niveau tel qu'elle entraîne une déstructuration plus ou moins complète de la conscience ; ce phénomène a été une constatation presque régulière chez les rescapés du tsunami (en décembre 2004). Non seulement, ils ont vu la vague arriver, leur apportant une mort certaine, mais encore, quand l'eau s'est retirée, ils se sont retrouvés dans les enfers au milieu des morts qui pouvaient être leurs proches. Le plus souvent d'ailleurs chez eux la dissociation avait l'apparence d'une sorte de sérénité inappropriée ou d'une discrète exaltation hypomaniaque ; chez ces survivants, un mécanisme de déni s'est installé concernant moins le double trauma que la réalité

de la mort de membres de leur famille, souvent leurs enfants. Il faudra beaucoup d'expérience clinique aux thérapeutes pour les aider à prendre réellement en compte la disparition de ceux qu'ils aimaient. Les psychiatres du SAMU mondial (Cremniter, 2005) qui se sont rendus sur place ont en préparation plusieurs publications sur leur expérience ; ceux qui sont restés à Roissy pour l'accueil des Français évacués ont présenté leur travail à la Société médicopsychologique (Baubet, 2005).

Soit il s'agit d'un effroi prolongé ; le sujet ne sort pas de la scène traumatique qu'il revit de manière hallucinatoire, parfois pendant plusieurs jours : on lui tire dessus, l'enfant ne s'arrête pas de courir vers la voiture. Pendant la guerre de 14-18, un psychiatre français, Millian, nous a fourni de très belles descriptions de ce type de phénomène, qu'il appelait « hypnose des batailles » (Millian, 1915). La sortie de cet effroi va demander beaucoup de temps et de doigté aux thérapeutes. Il s'agit bien évidemment dans ces cas de traumatismes dans lesquels la dimension de l'horreur est particulièrement accentuée (voir chapitre sur l'effroi).

Les psychoses délirantes aiguës

Elles naissent brutalement dans le contexte d'un état crépusculaire dans lequel au doute de la dépersonnalisation succède la certitude du délire : certains se croient investis d'une mission divine ou promis à un sacrifice expiatoire. Il peut arriver aussi qu'une période plus ou moins longue de doute, de perplexité, d'interrogation précède l'éclosion délirante (Moraud, 1994) qui, dans ce cas, est généralement un délire de persécution, structuré selon un mode paranoïaque.

Ahmed est un jeune engagé, français d'origine marocaine. Il est pilote de char. Avec deux autres blindés français il bloque l'avancée d'un nombre équivalent de T 59 serbes. Ceux-ci se mettent à tirer des obus qui tombent et explosent de plus en plus près. Les prochains vont être les bons. Dans le char d'à côté le lieutenant ne bronche pas. Ahmed est paralysé d'effroi. Puis les Serbes cessent leurs intimidations. Le jeune casque bleu a le vif sentiment d'avoir été abandonné, que le lieutenant a joué avec sa vie. Il met du temps à recouvrer ses esprits. Mais dans les jours suivants, il a tendance à s'isoler, suffisamment pour qu'un officier lui demande de s'expliquer. Il finit par dire qu'il sent qu'ici on le prend pour « une taupe iranienne infiltrée ».

Les syndromes psychotraumatiques précoces

Ils apparaissent généralement dans un contexte où l'événement traumatique est sans cesse rappelé à la conscience du sujet : succession de secousses sismiques, rediffusion à la télévision des images de l'attentat, exposition répétée à des tirs ennemis, etc. Les cauchemars apparaissent souvent dès les premières nuits, ainsi que des reviviscences diurnes. Ils évoluent soit vers une guérison spontanée, soit vers la phase de latence d'une authentique névrose traumatique, soit vers l'installation d'emblée d'une névrose traumatique.

Les troubles thymiques

Il y a certains liens entre ce rappel à l'imaginaire que constituent le trauma et la survenue éventuelle d'un trouble thymique. Néanmoins dans l'immédiat ou le post-immédiat, la dépression, qui peut être de niveau mélancolique et conduire au suicide, a surtout rapport avec les pertes occasionnées par l'événement : perte d'un proche, d'une partie du corps, d'un bien comme une maison, ou perte au niveau des idéaux (sentiment d'impuissance tragique, perte de l'honneur...). La rencontre avec le réel de la mort ne fait que donner un poids supplémentaire au caractère irrémédiable de ce qui est advenu. Il peut arriver que cet état dépressif se présente sous la forme d'une exaltation thymique avec euphorie poussant le sujet à des actes qui n'en ont pas moins, dans les faits, une dimension suicidaire. Dans l'ensemble, les troubles thymiques graves sont de mauvais augure et nécessitent une grande vigilance de la part des thérapeutes. Des études ont montré qu'une dépression dans les suites immédiates d'un traumatisme était un bon prédicteur pour la survenue ultérieure d'un PTSD.

Les déclenchements psychotiques

Il est maintenant admis de la part des cliniciens qui sont spécialisés dans le soin aux victimes d'un événement critique que le traumatisme est capable de déclencher une psychose chronique, schizophrénique ou paranoïaque chez des sujets dont la structure est déjà psychotique, mais qui étaient jusqu'alors bien compensés et menaient une vie ordinaire (Vergnes, 2004). Ce déclenchement se fait selon plusieurs modes : brutal avec le surgissement d'une psychose délirante aiguë, insidieux par l'installation lente et progressive d'une pensée délirante, camouflée par une symptomatologie qui ressemble pendant des mois, voire des années, à celle d'une névrose traumatique grave. Toutefois, dans ce

dernier cas, l'infiltration de traits de discordance se révèle à une analyse attentive, en particulier une bizarrerie qui imprègne le discours du patient. Nous avons eu l'occasion de rencontrer plusieurs de ces cas mais nous voudrions ici détailler l'un d'entre eux dans la mesure où des circonstances particulières ont permis d'observer très précisément le travail déstructurant du processus de la psychose sur le syndrome de répétition.

Charles

Charles a vingt-trois ans, il est célibataire et vit chez son père à la suite du divorce de ses parents, travaille comme ouvrier jardinier dans une entreprise qui répond aux demandes des municipalités de la Région parisienne. Alors qu'il rentre de son travail, il se trouve dans une rame du RER dans laquelle explose une bombe. Il reçoit une projection de vis et de boulons qui lui occasionnent des blessures superficielles et a également les tympans crevés. Il est alors hospitalisé immédiatement en prévision d'une double tympanoplastie. Après l'opération, il est de plus en plus angoissé et les ORL lui proposent une hospitalisation en psychiatrie. A son arrivée dans le nouveau service l'angoisse est intense et si manifeste qu'on lui prescrit des doses importantes de neuroleptiques sédatifs. Il parle beaucoup de sa difficulté à s'empêcher de répondre à ses impulsions suicidaires et demande à être surveillé.

Dès la première nuit, il a un cauchemar de répétition (ce n'est pas le premier) qui reproduit tel quel l'attentat que le jeune homme a vécu. Mais, dès le lendemain, son cauchemar commence à se modifier. L'explosion de la bombe projette sur lui, non plus des vis et des boulons, mais des morceaux de chair humaine. Les nuits suivantes, la tranchée du métro se transforme en un fleuve de sang puis la bombe lui sectionne un bras, qui tombe sur le plancher de la rame et qui avance lentement vers lui par reptation des doigts. Habituellement la modification des cauchemars marque un travail d'élaboration. Ce n'est pas le cas ici où au contraire se lit un travail de morcellement psychotique. Dès le deuxième jour qui suit son admission, le patient se voit adjoindre à ses neuroleptiques sédatifs, une prescription d'antipsychotique à dose élevée. Celle-ci arrête la progression du processus dissociatif, tout en mettant un terme à ses cauchemars, et, quelques semaines plus tard, à ses impulsions suicidaires. Il n'empêche que le patient est entré dans une schizophrénie avec surgissement de temps à autre d'éléments délirants persécutifs. Il a beaucoup de mal à retrouver un travail, vit désormais chez sa mère dans une petite ville de province. Il bénéficie d'un suivi régulier.

Comme on le voit dans ce chapitre, il y aurait lieu de distinguer, selon le professeur Crocq, les troubles immédiats des troubles précoces, mais la ligne de partage n'est pas toujours très franche. L'important est de

savoir que ces réactions au traumatisme peuvent mettre plusieurs heures ou jours pour apparaître, ou se prolonger sur une durée relativement longue. Cela n'est pas sans importance dans la pratique des soins immédiats et post-immédiats.

L'exemple ci-dessous montre à quel point il est parfois artificiel de distinguer cliniquement des réactions immédiates, précoces ou à moyen et long terme. Nous avons une autre raison de produire ce texte, c'est qu'il est de la plume de l'intéressé et que les phénomènes psychopathologiques en cause y sont vus « de l'intérieur ».

Stéphane

Stéphane a vingt-cinq ans à l'époque. C'est un jeune homme qui sort d'une école prestigieuse, brillant, et qui vient d'être affecté dans une surprise de province. Un des premiers soirs qui suivent son arrivée, il se retrouve par hasard dans un night-club. Lorsqu'il se lève pour sortir il se rend compte que sa démarche est incertaine. Des consommateurs se lèvent pour l'aider et lui proposent de le raccompagner jusqu'à son lieu d'hébergement qui n'est pas loin. Ils l'amènent dans sa chambre et ferment la porte derrière eux, ils sont quatre et commencent une séance de viol collectif d'une extrême brutalité, tant dans les moyens de contention que de sodomisation. Stéphane perd connaissance plusieurs fois sous l'effet de la douleur. Il est persuadé qu'ils vont le tuer. Il se réveille le lendemain, ayant complètement « oublié » ce qui s'est passé pendant la nuit. Là commence le récit qu'il a fait pour nous par écrit, en nous autorisant à l'insérer dans ce livre. Le récit, nous ne le retranscrivons pas dans sa totalité, faute de place. Toutefois, nous respecterons les passages les plus significatifs pour notre propos.

« Mon état dans les jours suivant les viols :

Le souvenir de ces événements est à distinguer radicalement de la mémoire des viols. Il est classique. Ces faits n'ont pas été occultés mais leur pertinence n'a pu être normalement appréhendée. Leur souvenir s'est estompé avec le temps comme n'importe quel autre et a naturellement été réactivé lors de la prise conscience des viols comme s'inscrivant dans le contexte de l'époque et l'éclairant.

Aujourd'hui, je pense que cet émoussement a donné l'illusion d'une mémoire ordinaire, mais qu'il est empreint de toute évidence d'un phénomène général d'évitement plus complexe, compte tenu du caractère hors normes des symptômes liés et de la marque qu'ils auraient manifestement dû laisser. Et de l'exceptionnelle précision avec laquelle je me rappelle de ces faits.

Ces états nécessitaient une hospitalisation immédiate.

Le matin de la nuit où j'ai subi ce viol collectif, je me retrouve sans souvenir de ce qui m'est arrivé entre le moment où je me suis endormi et celui où je me réveille.

J'émerge d'une sorte de coma.

Je ressens très violemment ce premier contact avec le réel. Je me rappelle être frappé par une souffrance profonde, impressionnante, qui secoue et englobe entièrement mon être. J'ai un mal de tête très puissant, des vertiges, suis dans un état de confusion totale comme si l'on m'avait asséné un coup de massue et placé simultanément le visage face à un vent glacial. [...] Ma seule action possible est la résistance. Aucune pensée, aucune image n'est là ; aucun mouvement ou réflexe physique ne fait écho.

Je suis allongé sur le ventre les bras étendus le long du tronc, la tête droite orientée dans le prolongement du corps, le visage face au lit. Je ne prendrai conscience de tout cela que progressivement. Je suis dans une totale immobilité physique et en proie à un processus mental incontrôlable. [...]

Dans un premier temps donc cet état inquiétant perdure et je ne suis animé d'aucune énergie ou volonté pour que cela change. Durant cet épisode mes yeux restent fermés.

Je suis allongé sur le ventre et essaie de soulever la tête. Cela est impossible. [...]

Après un certain laps de temps, j'essaie volontairement de [la] redresser mais elle reste dans une immobilité totale.

Je produis une série d'efforts afin d'arriver à la faire « décoller » sans résultat. Je suis alors saisi d'une forte angoisse et au prix d'efforts très intenses, monopolisant toute mon énergie, je la lève de quelques centimètres [...] : elle paraît plus qu'infiniment lourde, littéralement soudée au lit. J'entrevois ici la possibilité qu'elle bouge, mais ne peux pas discerner si mes sensations sont dues aux douleurs musculaires conséquentes à l'effort où à un réel mouvement. [...]

Durant cette phase mes yeux sont mi-ouverts, cependant recouverts d'un voile important. [...]

Mon champ de conscience est pour l'heure exclusivement limité aux parties physiques de mon être : à ma tête, mon cou, très vaguement mon corps (du fait qu'il est inerte et froid) ; dans une confusion totale, sans que je sache effectivement ce que je suis, qui je suis, où je suis, ce que je fais là, etc.

La représentation mentale de mon anatomie est à l'image de son ressenti. Je suis en quelque sorte constitué uniquement d'une tête et d'un cou qui prennent toute la place – comme si j'étais « un gros têtard » – le reste n'existe pas.

Je me retourne avec difficulté. [...]

Après un temps d'attente, aucune des parties de mon corps ne pouvant bouger, je mobilise l'ensemble de celui-ci d'un seul mouvement sur le côté que je perçois comme « intuitif », « animal ». Cette sorte de lente « torsion » a pour conséquence de me faire gravir imperceptiblement un degré de conscience : mes yeux s'ouvrent (s'ouvrent-ils réellement ?), je suis sur un lit (l'idée est vague). [...]

(Stéphane décrit longuement les étapes difficiles qui vont progressivement de la station couchée à la station debout.)

Sans que je le sache donc, je me retrouve en équilibre instable au bord du lit et menace de pivoter dans le vide. Je vois simplement le sol se rapprocher puis suis soudainement pris d'une panique très violente engendrant un mouvement en arrière que je perçois lent et à retardement. Simultanément à cette sensation, en remontant, vient se cumuler un vertige impressionnant, je ne vois soudain plus rien de l'espace qui m'entoure et je me trouve immédiatement plongé dans un état de confusion profond. Je suis aveugle. Mon cœur bat très fort. Je n'ai plus conscience de la position de mon corps ni de l'espace, comme s'ils n'existaient plus. Cet état se prolonge dangereusement. [...]

Je n'ai aucune notion de l'anormalité de ces faits parce que je suis dans un état différent sans conscience de cet état ni de l'antérieur.

Je suis revenu en position assise sur le bord de mon lit. Je tente maintenant de me lever. Le premier essai se solde par un échec immédiat. Durant les suivants, je me dresse progressivement en m'aidant de mes bras pour soulever le corps, mais mes jambes me lâchent brusquement : les muscles se contractent puis deviennent atones, systématiquement, au début ou au milieu du mouvement. [...]

J'ai la sensation très vague d'avoir ressenti une impression de bonheur, de liberté... peut-être liée à une motricité accrue. [...]

Je n'ai toujours pas à ce stade de notions du travail où je dois me rendre, des jours précédents, etc. [...]

(Au bout de dix minutes environ Stéphane parvient difficilement jusqu'à son lavabo.)

Je vois mon image dans la glace. Je me fixe longtemps avec tout d'abord la sensation floue, imprécise, que je suis « loin de moi-même ». Mon visage est quand même là, tout près. Je ne suis donc pas si loin... Il est sans vie, sans expression. Cela n'engendre en moi aucune réaction. Je le scrute. J'ai envie de porter mon attention sur les yeux mais j'ai peur. Peut-être de ne pas le reconnaître et d'y voir la folie ? Cette peur n'est pas intense, elle est vague, informelle. À l'examen de mon regard, elle se dissipe et je ressens progressivement une faiblesse démesurée, une grande fébrilité mêlée à un immense élan de tendresse vers mon être, un sentiment d'amour profond et très sensible, comme s'il fallait que je porte une affection, une attention infinie envers moi, comme celles d'une mère vers son enfant, pour le protéger. Ce sentiment s'émousse, je reste immobile face à la glace... Puis une peine, une frustration inexprimable, absolue, mais impossible à percevoir aussi fort que je voudrais. Pourquoi ? Je la cherche mais ne la trouve plus. Elle est partie rapidement dès que j'ai commencé à la discerner. Je cherche à ressentir encore mais ne ressens plus rien..., je ressens le silence de cet être qui me fait face, son impuissance à me répondre. Aucun mot, aucune image n'émerge et ma tête reste vide. Puis je me sens seul au monde, dépouillé de tout, mon être entier littéralement pulvérisé, ma vie détruite... sans que je n'éprouve paradoxalement maintenant plus aucun sentiment, je cherche en vain l'origine de cette idée, cette volonté s'éteint malgré moi,

sans que je ne puisse rien faire. Je porte alors machinalement ma main à la bouche. [...]

Si j'ai la sensation que mon existence entière est détruite, et j'ignore totalement pourquoi, à quoi bon... faire quoi que ce soit ne servirait à rien... c'est trop tard, c'est fini... peine infinie mais non ressentie. Dernière frustration... se délitant elle aussi dans le néant, le silence. Exactement comme si je n'avais rien éprouvé. Un grand regret vient après... d'où vient-t-il ? Il n'est bientôt plus qu'un soupçon... lui aussi estompé... emprisonné dans le silence. [...]

Machinalement, je cherche à porter attention à la blessure de la veille, comme si rien ne s'était passé, alors que depuis mon réveil je vis des symptômes immédiats beaucoup plus impressionnants et qui devraient d'ores et déjà me faire envisager de me rendre aux urgences d'un hôpital. Mais je me trouve dans un état différent qui rend toute conscience impossible. [...]

(C'est la première fois dans son récit qu'il parle de sa « blessure de la veille ».)

Une manifestation flagrante de l'anormalité de mon état me fera justement face à ce moment-là. Dans le miroir : mon bras ne se dirigera pas là où il devait.

La vision de la cicatrice sur mon visage ne me fait plus réagir comme la veille. Le sentiment que je ressens alors est très difficile à exprimer : sans que je sache pourquoi, je me sens pulvérisé, détruit à un point tel qu'il ne me sert plus à rien de réagir. Il ne m'est plus possible de faire émerger un quelconque sentiment, même de révolte. Cela n'est plus nécessaire, c'est trop tard, c'est fini. [...]

J'ai un profond besoin d'aide et décide d'aller voir si MR est là. [...]

Lorsque je sortirai de ma chambre je serai immédiatement confronté à des symptômes mentaux proches de la folie... qui se succéderont durant tout l'épisode où je serai à l'extérieur. [...]

Je sors de ma chambre et entame le trajet dans le couloir. Mes jambes continuent à lâcher de manière imprévisible. J'amorce un virage à quelques mètres puis poursuis mon chemin tout droit sans emprunter l'escalier qui est à ma gauche. Je l'ignore totalement, ne le vois pas et me dirige comme un automate dans l'allée qui me fait face (je ne me rappelle plus des impressions ni de mon vécu à cet instant, dès que j'ai passé le virage). Formule très parlante que j'ai trouvée hier pour exprimer exactement cela : c'est comme si durant ce passage je « n'existais plus », emprunte un autre coude et me retrouve dans une sorte de cul-de-sac constitué d'une petite partie de couloir (sans idée de moi-même à ce moment-là. Je décris le trajet aujourd'hui parce que je sais par déduction l'avoir effectué à l'époque). Je ne me reconnais alors plus dans les lieux et m'arrête. Il semble que je reprenne ici conscience. Ce mouvement est très progressif et je me sens puissamment figé dans le temps (il n'existe plus, il ne passe plus). Je me sens totalement perdu. L'impact est extrêmement puissant et proche de la folie. Plus jamais de mon existence je n'arriverai à retrouver mon chemin. Je n'ai plus la mémoire du simple trajet que je viens d'effectuer, ni d'où je

viens, ni où je vais. Simultanément je suis pris d'un malaise profond : grande panique intérieure avec déstabilisation totale, sensation de vulnérabilité intense, mon rythme cardiaque s'accélère très fort, violent vertige, perte provisoire de la vue (la portée de cet événement mental est tellement phénoménale, l'une des plus singulières auxquelles j'aie eu affaire que je pense en oublier même mon enveloppe corporelle et sa station debout – qui se maintient à peine en équilibre, que je ne conçois plus du tout, puis partiellement). Alors que je reprends lentement mes esprits, la notion de mon corps et de l'espace qui m'entoure, de l'équilibre, et simultanément de la vue, je suis sujet à une peur profonde : je suis susceptible de grave danger (mortel). J'ai l'impression très nette de sombrer dans la folie.

Je me rappelle des premiers mots que j'ai pensés depuis mon réveil, paradoxalement ici pour échapper à l'effroi : « je suis fou ? »... « je deviens fou ? »... « calme-toi »... « reprends-toi très vite »... « réfléchis »...

J'opère lentement un demi-tour sur moi-même. Hésitant, les jambes faibles (il semble qu'elles flanchent là aussi) et pris de légers vertiges, je remonte le couloir qui me fait face sans savoir où je vais, effectue le virage dans l'autre sens, ne me reconnais toujours plus dans les lieux, alors que je me trouve sur le palier que j'ai emprunté les jours précédents. Je dois dire qu'au-delà, je ne sais réellement plus où je suis de manière générale : dans un dédale de couloirs inconnus, sombres, inquiétants, dans un univers que je ne situe pas, dont j'ignore les limites. Sans savoir ce que je fais ici, qui je suis, pourquoi j'existe. Je recommence à être pris de panique, comme si la folie me menaçait à nouveau si je ne me retrouvais pas immédiatement dans un endroit identifiable. [...]

(Compte tenu de la longueur de ce témoignage, nous allons maintenant aller très vite vers le récit des jours qui suivent.)

Je suis noyé dès ce moment-là de mon existence dans une tristesse, un désarroi, une peine intense non exprimée, une immense, incommensurable solitude, loin de tout, cela dans l'indifférence des personnes qui m'entourent (dans l'indifférence générale). Je n'ai pas à l'esprit que cela est anormal ou différent d'avant. Lorsque je m'en rappelle aujourd'hui, j'ai le sentiment que je vivais (et vis toujours un peu) en décalage avec le monde. Alors que ce phénomène se dissipe au cours des années, parallèlement, j'en prendrai très progressivement conscience jusqu'en 2001 et retrouverai finalement la mémoire des faits. [...]

Compte tenu de la mémoire que j'ai de cette peur intense, envahissante, insupportable de l'époque, qui perdurera dans les semaines suivantes, s'estompant légèrement au fil des mois tout en restant bien présente, je peux affirmer aujourd'hui que si quelqu'un m'avait fixé, scruté dans les premiers jours, j'aurais eu une très forte réaction. Aurais-je crié sous l'emprise d'un état de folie, serais-je sorti de la pièce en courant ? Cela m'est difficile à imaginer. [...]

(Sa reprise du travail a lieu trois jours après : voici un extrait de ce qu'il en dit.)

Au bout d'un moment, j'ai la notion d'être le seul assis, ai peur que cela soit remarqué, suis mal à l'aise, éprouve la nécessité à « adopter une attitude » mais suis dans l'incapacité à en concevoir une. Devant l'impossibilité à répondre à cette sollicitation mentale, je me sens de plus en plus perdu. Je me lève enfin machinalement, me dirige vers le second groupe où une discussion animée et enjouée a lieu entre DE et MN. Les deux interlocuteurs sont tellement pris par leur échange qu'ils ne semblent pas avoir remarqué mon arrivée. Je ne peux intervenir dans ce débat qui dure assez longtemps et où je n'écoute pas ce qui se dit. J'essaie ultérieurement d'en saisir le sens avec beaucoup de difficultés. Je me souviens être dans une réflexion intérieure afin de formaliser une phrase. Les mots se mélangent, ne s'enchaînent pas. Je les oublie, ils sont troublés, empêchés, effacés par ceux qui sont entendus entre-temps (les termes de l'autre venant se substituer aux miens). [...]

Je me rends à ma table de travail comme l'ensemble des personnes présentes. Bien que je connaisse ce lieu, je réagis comme si j'étais ici pour la première fois. Je constate dans l'immédiat me sentir plus en sécurité parce que noyé dans la masse : les gens sont concentrés sur leur travail et ne me regardent pas. Cependant, quelques instants après m'être assis je suis sujet à une obsession tenace : je suis sensible aux regards, ne veux pas qu'ils soient portés sur moi, les redoute et en ai une peur puissante. La posture de travail limite mes mouvements et la topologie des lieux m'oblige à les affronter. La panique ne se dissipe pas et très régulièrement j'inspecte l'ensemble de la pièce pour m'assurer que nul ne me fixe. Mon activité est pour ainsi dire exclusivement vouée à cela. » [...]

(Malgré les nombreux indices et traces qui peuplaient sa chambre à son réveil, malgré sa blessure périnéale très douloureuse, malgré les « bleus » qui couvraient son corps, malgré l'effroi qui l'a saisi, suivi d'un état de panique, auquel il n'a rien compris, quand il a croisé un de ses agresseurs dans la rue, à aucun moment Stéphane n'a été mis sur la voie de se rappeler le moindre détail de la nuit de l'événement causateur. À aucun moment l'idée ne lui est venue de consulter un médecin, et il n'ira voir un psychiatre que dix ans après. En attendant il est tantôt SDF, tantôt il vit de « petits boulots ». C'est lors de sa psychothérapie que la crypte façonnée par le déni s'ouvrira, livrant intacts tous les moments, sensations, faits, émotions, pensées du crime dont il a été la victime.)

Ce texte très long, seize pages, mériterait d'être cité *in extenso*.

Après l'épisode dissociatif initial vont alterner des moments d'angoisse et d'effroi, de dépersonnalisation et de déréalisation. Ils s'atténueront avec le temps mais ne cesseront vraiment que lorsque Stéphane aura retrouvé, douze ans après, la mémoire des faits (*cf.* page 31 « Le déni de l'effroi »).

Comme on le voit dans cet exemple, troubles immédiats précoces et à long terme peuvent s'enchaîner dans une continuité et à chaque instant

une intervention thérapeutique pourrait être justifiée dans une approche qu'il est difficile de différencier d'un temps à l'autre.

P.S. Trois mois après nous avoir confié son manuscrit, qui était conforme à ce qu'il nous avait dit, Stéphane nous livre d'autres détails sur les six ou sept premières nuits qui ont suivi celle du crime. Chaque matin il s'est réveillé en sursaut à la fin d'un bref cauchemar où il revivait l'un ou l'autre moment des viols et violences qu'il avait subis. Il était alors dans un grand état de perplexité anxieuse, causé par la pensée que cela avait peut-être eu lieu réellement comme dans le cauchemar. Cette effrayante interrogation ne durait pas plus d'une minute ou deux et s'estompait progressivement jusqu'à ce que disparaissent à la fois et le souvenir du cauchemar et des questions qu'il avait fait naître. Ce que l'on voit ici, c'est l'installation du déni en temps réel.)

LA PHASE DE LATENCE

Est appelé ainsi le temps qui sépare l'événement traumatique de la première manifestation du syndrome de répétition. Cette période de latence a été la première caractéristique clinique mise en évidence par Oppenheim (Oppenheim 1888), à la fin du siècle dernier, lors de la première description des névroses traumatiques. Ce qui avait frappé les cliniciens, c'est que cette période pouvait durer longtemps, des semaines ou des mois, et qu'elle était suivie de manifestations névrotiques qui pouvaient être d'une grande sévérité.

Elle a été considérée jusqu'à une période récente comme « silencieuse », c'est-à-dire asymptomatique. On sait mieux aujourd'hui que si elle peut être discrète sur le plan clinique, elle peut aussi présenter toute la symptomatologie d'une névrose traumatique, hormis le syndrome de répétition.

Sur le plan psychopathologique, elle peut difficilement se comprendre autrement que par un mécanisme de déni qui porte sélectivement sur le moment traumatique lui-même, soit que le sujet ne veuille pas, à son insu, lui attribuer d'importance pour des raisons narcissiques, par exemple, soit que le psychisme du sujet ne serait pas capable d'en soutenir la violence au cours de sa réapparition (*cf.* chap. 2. « L'effroi »).

On peut donc décrire des phases de latence extrêmement diverses, tant par la symptomatologie présentée que par le degré de gêne et de souffrance constatées. Le clinicien, lui, aura des difficultés à faire un diagnostic. Mais parfois son expérience du discours des psycho-traumatisés l'amène à soupçonner que des symptômes en apparence

banals sont, en réalité, probablement liés à un événement critique. La notion d'un événement possiblement traumatogène dans un passé récent ou déjà lointain aidera au diagnostic à condition d'en rechercher l'existence dans l'entretien, car les patients n'en parlent pas toujours spontanément.

Mais il est certain que tant que le syndrome de répétition n'apparaît pas, c'est-à-dire tant que le lien entre la souffrance actuelle et l'événement qui l'a causée n'est pas établi pour le sujet, l'entreprise thérapeutique reste très problématique. De ce point de vue, l'expérience militaire est intéressante. Les soldats rapatriés d'un théâtre d'opérations extérieures qui présentent des symptômes de la phase de latence sont hospitalisés dans un service de psychiatrie. La prise en charge dans ces moments-là est généralement intense et le lieu garantit une certaine sécurité en cas de troubles psychiques. L'évocation détaillée des événements récents centre les entretiens. Il est rare que le syndrome de répétition ne se déclenche pas alors rapidement (*cf.* chap. 10, « Les psychothérapies psychodynamiques »).

On retrouvera donc dans cette période de latence des manifestations cliniques que nous décrirons plus en détail dans la névrose traumatique :

- de l'angoisse de fond légère et intermittente à de grandes attaques de panique qui répondent mal au traitement habituel ;
- des manifestations dépressives allant de la simple tristesse à des états dépressifs caractérisés ;
- des troubles de conduite : tentatives de suicide incompréhensibles, passages à l'acte agressifs, incompréhensibles également, augmentation de la consommation d'alcool ou de drogue ;
- des plaintes somatiques parfois banales mais aussi l'apparition d'une maladie psychosomatique ;
- des troubles du caractère qui sont probablement la marque la plus fréquemment rencontrée de ces phases de latence. Les psychotraumatisés changent, ils deviennent irritables, agressifs, parfois violents. Ils ont tendance à s'isoler, à fuir les contacts sociaux, voire leur propre entourage. Assez curieusement, ils ne sont pas conscients de ces modifications de leur caractère et ne croient pas les remarques que leur font leurs proches à ce sujet. Ce chef d'entreprise, qui a échappé de justesse trois mois auparavant à l'incendie du bâtiment de la direction, vient nous voir : « Ce sont mes filles qui m'ont forcé à venir consulter, mais je me sens bien. » Il ne mettra pas beaucoup de temps à admettre que ses filles, qu'il adore, avaient raison. Cependant, il leur arrive, quelquefois, de noter que leur vie a changé, qu'ils ont perdu leur aptitude précédente au plaisir de la vie, qu'ils dorment mal

et sentent, autour d'eux, une atmosphère hostile qui n'a aucun support objectif.

Ainsi le clinicien est-il amené le plus souvent à ne prendre connaissance de cette phase de latence que de façon rétrospective. Lorsque sa durée est longue, il est très difficile de faire admettre à un tribunal des pensions le lien de causalité entre un événement du passé et une symptomatologie d'apparition différée, et donc le versement d'une pension, d'autant qu'habituellement il se passe encore un long délai entre l'entrée dans la névrose et l'expression d'une plainte. Cependant on peut noter que cette période de latence tend à devenir de plus en plus courte. La peur de paraître lâche, le peu d'attention (et même la réprobation) accordée aux problèmes psychologiques contribuaient vraisemblablement à maintenir la victime dans cet état de déni.

Chapitre 4

LA NÉVROSE TRAUMATIQUE DÉCLENCHÉE

HISTORIQUE

Le traumatisme psychique fait son entrée dans la littérature psychiatrique par la voie de la « névrose traumatique » d'Oppenheim (Oppenheim, 1888). Auparavant il avait été signalé très discrètement par Pinel dans son traité médicophilosophique à propos de deux observations d'« hypocondriaques » mais non comme facteur causal de l'état mental des sujets. Il avait été également signalé par les chirurgiens de la Grande Armée (le « syndrome du vent du boulet ») et par Ericksen dans son « Railway Brain », consécutif à des accidents de chemin de fer. Il faudra attendre beaucoup plus tard pour que le trauma soit dissocié de la névrose traumatique. Peut-être le doit-on à des Américains qui, dans leur DSM, ont distingué des États de Stress Aigus ; le syndrome de répétition apparaît là en relation directe avec le trauma et ce diagnostic n'est maintenu rétrospectivement que si l'évolution spontanée se fait vers la guérison. En revanche, si les manifestations cliniques liées au

traumatisme persistant plus de trois mois, le patient reçoit le diagnostic d'« état de stress post-traumatique » (ESPT).

En France, régnait depuis la guerre une conception voisine mais qui n'était pas clairement explicitée.

Il y avait d'une part des troubles psychiques aigus de guerre (*cf. supra*) parmi lesquels étaient rangés, lorsqu'ils étaient présents, les cauchemars de répétition, leur destin à plus long terme n'étant pas envisagé.

D'autre part, il y avait la névrose traumatique qui correspondait à une organisation névrotique durable autour du traumatisme et dont une des caractéristiques était la phase de latence, même si, dans quelques cas, elle se développait dans la continuité du trouble psychique aigu. On parlait de névrose traumatique, sur la foi de la symptomatologie, au bout de quelques jours ou de quelques semaines, sans pour autant négliger le fait qu'une guérison spontanée pouvait intervenir à court ou moyen terme.

Ce qui nous intéresse dans la conception américaine, c'est la distinction entre le traumatisme psychique et la névrose traumatique. Ainsi celle-ci ne peut pas apparaître sans l'expérience antérieure de celui-là, tandis que celui-là ne donne pas toujours naissance à un trouble chronique. Mais, en pratique, devant une névrose traumatique, même grave, il n'est pas toujours possible de retrouver le moment du traumatisme, soit que le sujet ne veuille pas en parler, soit qu'il l'ait « oublié » lorsque la question lui est posée (« oublier » ne veut pas dire « refouler »), soit qu'il l'ait dénié sur le moment. Dans ces cas, ce n'est qu'au cours d'un travail psychothérapeutique que le mystère de l'état où se trouve le patient, et qui a motivé la consultation, sera levé.

L'évolution récente de la dénomination de cette affection (état de stress post-traumatique) adoptée un peu partout dans le monde, oblige à s'expliquer sur le choix de conserver l'ancienne appellation. Le concept de névrose a ici l'intérêt de souligner que l'effraction traumatique a eu lieu chez une personne de structure névrotique et qu'elle déclenche des mécanismes de défense qui appartiennent à ce champ de la psychopathologie. Pour se référer à un des modèles freudiens, on peut classer la névrose traumatique dans les « névroses actuelles », avec la neurasthénie et la névrose d'angoisse, ce qui veut dire qu'elle est le produit de difficultés réelles, identifiables et actuelles.

Les névroses actuelles s'opposent ainsi aux psychonévroses qui résultent, elles, de la réactualisation d'un conflit sexuel infantile. Toutefois, comme nous serons amenés à le voir au chapitre des psychothérapies psychodynamiques, le conflit sexuel infantile est

rarement absent de la « fabrication » d'une névrose traumatique. En ce sens, il faut distinguer l'effraction traumatique elle-même et ce que le sujet fait de l'image qui s'est incrustée. Cette dernière a tendance à venir prendre la place de « l'objet perdu » de Freud et son sort sera très dépendant de l'état où en est restée la traversée œdipienne. L'évolution de la névrose traumatique ne sera pas sans rapport avec la manière dont se posent, pour le sujet, les questions de la loi et de la castration. On retrouve donc, à ce point, une deuxième raison de parler de la névrose. Dans la psychothérapie, le sujet va se comporter comme un névrotique usant des mêmes stratégies, des mêmes résistances et aboutissant aux mêmes révélations. La psychothérapie de la névrose traumatique, sauf dans les premiers temps de la prise en charge – c'est-à-dire dans les temps de l'accrochage du transfert –, ressemble à toute psychothérapie d'une psychonévrose.

L'apparition du syndrome de répétition, après une phase de latence plus ou moins prolongée, répond à des circonstances extrêmement diverses mais qui toutes ont pour caractéristiques de rappeler l'événement, soit qu'il y ait un lien direct, soit que ce lien emprunte une voie associative. Toute circonstance (dialogue, image, pensée...) peut conduire d'une façon ou d'une autre au « souvenir » de la scène traumatique.

Après l'événement, le sujet voit aux actualités télévisées des images du drame dans lequel il a été impliqué (attentat, tremblement de terre par exemple).

Au détour d'une lecture, le sujet va rencontrer un récit qui lui évoque, directement ou par ressemblance, la part traumatique de son passé.

Un fait anodin en soi peut remettre la victime sur la voie de son passé :

- Un appelé de la guerre d'Algérie qui avait vécu là-bas une scène particulièrement horrible a déclenché sa névrose traumatique en prenant le bateau cinq ans après pour un voyage en Méditerranée ; cette navigation lui rappelait son départ pour l'Algérie au début de son service.
- Une rescapée du raz-de-marée en Asie fait ses premiers cauchemars après avoir vu à la télévision de banales images de grosses vagues déferlant sur une plage.

Classique est le déclenchement lié aux dates anniversaires. Celles-ci vont pouvoir d'ailleurs rythmer l'évolution de la névrose.

La confrontation à la mort, qu'elle soit traumatique à nouveau ou non, peut mettre sur la voie d'un retour de mémoire.

On peut citer à titre d'exemple de circonstance de déclenchement l'histoire de cette jeune femme qui, à l'âge de huit ans, a été prise dans un incendie dans lequel plusieurs de ses camarades ont péri. Le syndrome de répétition ne se déclenche que treize ans plus tard lors du décès de sa grand-mère : « Je n'ai pas supporté d'être face à la mort une deuxième fois. »

L'EFFRACTION TRAUMATIQUE

« *Né puo coi morti albergo aver chi vive.* [Et les vivants ne peuvent demeurer avec les morts.] » (*Orfeo*, Monteverdi).

Notre rapport habituel au réel est fait de sensations et de perceptions qui trouvent au fur et à mesure dans l'inconscient des représentations prêtes à les accueillir, liées elles-mêmes à d'autres représentations. L'instant présent sera toujours perçu à la lumière d'un passé et pris dans un réseau d'interprétations et de significations. Les témoins d'un même événement en feront des récits différents et chacun de ces récits évoluera avec le temps. Les liens entre les représentations déforment les souvenirs et les constituent comme tels, dans le passé.

Il n'en va pas de même avec un événement traumatique. Celui-ci, dans les manifestations de la répétition, est toujours revécu au temps présent et ne subit aucune transformation. Il n'a pas trouvé dans l'inconscient de représentation pour l'accueillir, le lier, le modifier. Chacun sait qu'il va mourir, dit Freud (Freud, 1920), mais nul n'y croit vraiment. Ce qui veut dire qu'il n'y a pas dans l'appareil psychique de représentation de soi comme mort (nous vivons tous comme si nous étions immortels). Or c'est bien cette perception-là qui s'est imposée dans l'instant du traumatisme.

Les premiers moments de la vie de chaque homme lui offrent des expériences de néantisation. Avec l'entrée dans le langage s'effectue peu à peu un premier refoulement, appelé primaire ou originaire, qui rend ces expériences inaccessibles et donc irreprésentables. Dans l'inconscient, c'est la castration, la perte de quelque chose de supposé essentiel qui viendra à cette place. Figuration d'une néantisation, l'image traumatique n'aura pas de lieu d'accueil dans cet appareil psychique construit sur le socle étanche du refoulement originaire. Elle sera un « corps étranger interne » (Freud) inaccessible au travail du principe de plaisir. Elle aura le pouvoir de paraître intacte aussi bien à l'occasion du sommeil que de la vie éveillée. Outre l'effroi, ce « blanc »

de l'émotion qu'elle déclenche à chacune de ses manifestations, elle inscrit au cœur du sujet la certitude de sa fin imminente.

Quelques remarques tirées de la clinique peuvent être faites ici :

— Ce qui fait retour dans le syndrome de répétition c'est une image réelle. Aussi ne peut-elle être que la reproduction d'une perception, sensitive ou sensorielle. D. Gonin parle du trauma comme du « triomphe dévastateur de la sensation à l'état brut » (Gonin, 1998). Contrairement à ce qui est écrit parfois, un récit, si dramatique soit-il pour celui qui l'entend, ne peut jamais faire trauma, pas plus qu'une image virtuelle (cinéma, télévision). Des cauchemars « répétitifs », fruits de mécanismes complexes d'identification, ont été rapportés aussi chez des enfants de déportés. Dans tous ces cas, rares d'ailleurs, l'imagerie mentale résulte d'une construction fantasmatique, à partir d'un matériel imaginaire et symbolique. L'abord thérapeutique en sera très différent. Il s'agit là du seul vrai diagnostic différentiel de la névrose traumatique.

— Souvent, grâce à une relation transférentielle mais pas toujours, l'événement initial peut, dans les cauchemars, être infiltré progressivement d'éléments issus des représentations du sujet. Celles-ci sont parvenues à établir des liens avec l'image traumatique, jusqu'à parfois la « naturaliser », la métaphoriser entièrement (Lebigot, 1999). Ce processus est évidemment ce à quoi doit tendre tout travail psychothérapique.

— Quoique non dévoilé, seulement présenté, le réel dont il est question ici exerce un pouvoir de fascination sur les hommes. Malgré la souffrance qu'elles causent, les images ont un effet d'attraction sur celui qui les produit. Avec le temps, il lui sera de moins en moins facile de s'en défaire. C'est un aspect déterminant quant à l'évolution de la maladie et à son abord thérapeutique (Lebigot, Vallet *et al.*, 1991).

— Mais ces images qui fascinent sont aussi persécutrices et confèrent ce halo de persécution à toute la névrose, plus ou moins accentué selon les structures. L'effroi de la néantisation, dans la solitude la plus radicale, génère un sentiment d'injustice, voire « d'écrasement par un pouvoir absolu arbitraire » (Barrois, 1998). Pointent ici des aspects que nous n'aborderons pas, qui relèvent du chapitre évolutif, et qui concernent entre autres les relations difficiles avec l'entourage et les avatars parfois dramatiques du processus de reconnaissance et de réparation. En anticipant un peu sur la suite, on voit déjà que les sentiments de culpabilité auront à cet égard une fonction pacificatrice : « Qu'ai-je fait pour mériter ça ? », interrogent les patients qui refusent de s'identifier totalement au statut de victime.

CLINIQUE DE LA NÉVROSE TRAUMATIQUE

La tradition française a été très bien formalisée par Louis Crocq dans les années soixante-dix (Crocq, 1974). Cette clinique est encore la nôtre et celle de tout clinicien en France qui s'intéresse à ces patients pour les écouter et les soigner. Louis Crocq séparait le syndrome de répétition et rangeait les autres manifestations dans les « symptômes associés ». Nous ferons comme lui mais pour des raisons peut-être un peu différentes : le syndrome de répétition sera rangé à part, parce qu'il est pathognomonique certes, mais aussi parce qu'il répète à chacune de ses manifestations les effets de l'effraction. Pour les autres symptômes et syndromes, nous les laisserons sur un pied d'égalité, en nous souvenant qu'ils sont tous présents, peu ou prou, dans la maladie et que c'est le sujet, en quelque sorte, qui privilégie l'un ou l'autre. Aussi n'y a-t-il pas lieu, à notre avis, de parler de comorbidité.

La névrose traumatique est la seule affection psychiatrique qui, prenant son départ d'un accident d'origine externe dans la vie du malade (Barrois, 1998), tire ses particularités de la nature même des effets intrapsychiques immédiats de cet accident.

Ainsi, contrairement à ce que peut laisser entendre sa dénomination actuelle d'« état de stress post-traumatique » (CIM 10), elle diffère fondamentalement des pathologies dites souvent réactionnelles (névrotiques ou psychotiques) où l'événement déclenchant ne détermine pas la forme que prendront les symptômes.

Le syndrome de répétition

Le syndrome de répétition est la manifestation directe de l'image traumatique incrustée. Il est pathognomonique de la névrose traumatique mais il doit être accompagné d'un ou plusieurs symptômes associés qui témoignent de la réaction névrotique à la présence de celle-ci. En effet, on voit de temps en temps des sujets qui ont un syndrome de répétition, généralement peu intense et espacé, et qui par ailleurs se portent très bien « comme avant ». Ce sont eux chez qui on observera souvent des guérisons spontanées. Parfois, après le retour d'une mission, un soldat fait une série de cauchemars traumatiques dans la ou les semaines qui suivent son retour, série qui peut être brève ou plus longue. Il peut également faire des cauchemars espacés pendant quelques mois ou quelques années. Dans ces cas, on ne peut généralement pas parler de névrose traumatique étant donné l'absence des symptômes névrotiques.

Ainsi une petite fille de douze ans avait assisté par hasard, avant la guerre de 1939, en allant chercher du pain, à une exécution capitale à la guillotine. Pendant quelques mois, elle a fait le cauchemar suivant : sa mère coupait du pain avec le tranchoir de la maison et du sang sortait de la mie. Elle n'a présenté aucun autre symptôme, ni dans sa vie familiale, ni à l'école. Il faut néanmoins remarquer que dans ce cas l'image traumatique a déjà fait l'objet d'une élaboration.

Les cauchemars

Comme on l'a déjà vu, ils reproduisent l'événement initiateur de la névrose et ont les caractéristiques suivantes : l'événement est revécu dans le cauchemar tel qu'il a été perçu, au détail près, et est accompagné de la certitude effrayante que l'événement est en train de se produire. Parfois, à bref délai ou plus tard, d'autres cauchemars apparaissent et se manifestent en alternance avec le cauchemar de répétition, ou même remplacent celui-ci. Ils mettent en scène des événements tout aussi effroyables et qui ont un rapport direct avec l'événement réel : divers modes d'agression mortelle chez un soldat, une variété de catastrophes aériennes chez une hôtesse de l'air, etc. Les cauchemars associés ou de substitution témoignent d'un début d'élaboration de l'image traumatique (Briole, 1988a).

Un rescapé d'un attentat, gravement blessé, ajoutait à son cauchemar princeps d'autres cauchemars où il vivait diverses aventures dans le royaume des morts. Il lui arrivait même d'avoir un acte sexuel avec l'une de ces ombres. Il se réveillait de ces images particulièrement épouvanté et culpabilisé.

Les reviviscences diurnes

Pendant la journée, dans des circonstances qui peuvent s'y prêter, le sujet revit la scène traumatique. Deux réalités se superposent alors, que le sujet perçoit en même temps : le réel de la scène et la réalité de l'instant présent.

Par exemple ce casque bleu rentré récemment de Sarajevo déambule dans une rue de Paris et voit tout à coup des fusils apparaître aux fenêtres des immeubles, comme dans Snipper Alley ; il se jette immédiatement sous une voiture pour se mettre à l'abri. Il est néanmoins conscient tout le temps qu'il est dans une rue de Paris et qu'il n'y a pas de sniper.

Il peut arriver aussi que ces reviviscences s'accompagnent d'une modification de l'état de conscience.

Un réfugié africain de trente ans, demandeur d'asile, n'envisage même pas qu'il puisse travailler et vit de mendicité. Plusieurs fois par jour, il entend des « bruits dans sa tête » puis des voix qui crient et appellent au secours, puis à nouveau des bruits violents. Pendant tout le temps que durent ces pseudo-hallucinations, sa relation au monde environnant change, il a l'impression de voir un film ; ainsi, si quelqu'un est en train de lui parler, il voit « une tête avec les lèvres qui remuent ». Il y a deux ans, dans son pays, il s'est porté au secours de trois jeunes filles que des soldats s'apprêtaient à violer, il a été roué de coups, a eu des dents cassées et une baïonnette lui a fait une large entaille sur le cuir chevelu et la joue : « J'étais entre la vie et la mort. » Il ne fait pas la relation entre ces bruits et ces voix qu'il entend et le vacarme de l'irruption des soldats et des appels de détresse des trois filles. Il pense qu'il s'agit des conséquences pour lui de son traumatisme crânien.

Parfois, ces reviviscences prennent une forme carrément hallucinatoire. Le réel efface alors la réalité. Il arrive aussi que ces reviviscences se prolongent des heures, voire des jours : le sujet revit en permanence la scène traumatique.

Un ingénieur français était parti à Brazzaville avec un de ses collègues pour vendre à un ministre du pays un projet industriel, au moment des troubles sanglants qui agitaient le Congo. En sortant dans la rue, ils sont agressés par un groupe d'adolescents armés, vociférants, très excités qui se saisissent de son collaborateur et lui coupent la tête d'un coup de machette. Au moment où ils s'approchent de lui pour lui faire subir le même sort, des enfants sortent de l'école sur le trottoir d'en face ; les agresseurs se retournent brusquement, tirent des rafales de mitraillettes sur les gamins et font un horrible carnage. Alerté par le bruit un char français arrive et met tout le monde en fuite. L'ingénieur est amené à l'aéroport pour rejoindre d'autres rapatriés. Il séjournera cinq jours dans un camp militaire à Libreville puis regagnera la France avec ses compagnons d'infortune. À l'accueil de ces passagers, nous voyons arriver cet homme : il a l'air d'un zombie, tout le corps raide, les yeux dans le vague, marchant comme un automate. Nous venons le chercher avec un infirmier et l'installons dans un fauteuil de la salle d'embarquement. Complètement halluciné, il fixe quelque chose en face de lui, le corps secoué parfois de violents sursauts. Chacun d'un côté, nous lui prenons le bras et l'épaulé en insistant pour qu'il nous dise ce qui se passe : la scène ne cesse pas de se dérouler devant lui, il entend le bruit de la machette et les rafales de mitraillette. Il était certainement ainsi à Libreville à l'insu de tous et il nous faudra presque six heures pour lui imposer d'abord notre présence, puis commencer à le tirer de son cauchemar, enfin pour l'amener apaisé dans un lit de l'infirmierie de l'aéroport.

Autres symptômes et syndromes

L'anxiété et l'angoisse

Nous trouvons ici toutes les formes classiques de l'angoisse et de l'anxiété : dépersonnalisation et déréalisation, phobie, crise d'angoisse aiguë (attaque de panique), fond anxieux permanent (anxiété généralisée). L'angoisse est en rapport direct avec l'inscription du réel de la mort dans la psyché. Elle est constante et apparaît sous la forme d'une angoisse de fond qui est à l'origine des difficultés d'endormissement, lesquelles s'ajoutent souvent à la crainte de faire des cauchemars.

L'angoisse prend dans la névrose des formes très caractéristiques comme la réaction de sursaut, souvent classée par les auteurs dans le syndrome de répétition : sursaut au bruit, à la lumière, au toucher, c'est-à-dire à des perceptions sensibles ou sensorielles qui prennent le sujet par surprise. Cela arrive même parfois sans que l'effet de surprise joue vraiment : nous pensons ici au calvaire que vivent le 14 juillet les victimes d'attentats à l'explosif quand partent les pétards du feu d'artifice. La perception privilégiée pour la réaction de sursaut est celle qui est liée au moment traumatique. Le déclenchement du sursaut peut être plus ou moins intense mais peut prendre la forme d'une grande crise émotionnelle.

Les phobies sont nombreuses, référables dans une première approche à la « fin de l'illusion de l'immortalité », dont nous avons déjà parlé. Elles ont souvent un rapport avec les circonstances du traumatisme mais jamais vraiment exclusivement.

Dans les psychothérapies psychodynamiques, on s'aperçoit en même temps que le patient que ces phobies ont d'autres causes que celle de la mort devenue ubiquitaire et pouvant surgir à tout moment.

On peut citer, à ce sujet, ce patient qui avait subi deux agressions au revolver à son guichet de banque. Il se sentait partout menacé et surveillé par un tueur potentiel et, pour cette raison vivait enfermé chez lui. Il devait cependant de temps en temps prendre le métro ou le RER, ne serait-ce que pour venir aux consultations. Là, il prenait une attitude fermée, ne regardant personne et restant sur ses gardes. Il s'aperçoit un jour que cette attitude relevait autant d'un grand mépris pour ses congénères que d'un sentiment de menace. Dans le fond, il annulait les autres et espérait qu'ils le remarquent. Une fois, une femme assise en face de lui s'était mise à pleurer et il avait pensé que la cause en était son attitude ostensiblement méprisante (voir le ressentiment du traumatisé pour ces êtres humains qui l'ont abandonné). L'intérêt de cette découverte est que, lui, « le bon ange » (c'est ainsi qu'il se vivait depuis son enfance) s'est mis à faire des rêves où c'était lui l'agresseur et le meurtrier ; il a aussi retrouvé dans son passé des

épisodes dont il n'avait pas lieu d'être fier. Situer le mal en soi, en soi aussi, est une étape importante dans le processus de la psychothérapie.

L'angoisse peut prendre aussi des formes de crise aiguë qui peuvent apparaître dès la phase de latence et se poursuivre après le déclenchement du syndrome de répétition. Terminons avec la remarque que le PTSD est classé dans les troubles anxieux.

La dépression

Elle accompagne toujours la névrose traumatique, bien avant son déclenchement. Elle peut aller de la simple tristesse jusqu'au délire mélancolique. La dépression se trouve dans de nombreux items du PTSD sans être désignée comme telle. Son importance se mesure dans la clinique mais aussi dans l'effet des traitements par médicaments. Les antidépresseurs sont d'une grande aide pour le thérapeute, en agissant sur l'humeur, les troubles caractériels et des conduites et, secondairement, sur l'angoisse et les cauchemars. Ils permettent souvent de mener une thérapie de soutien avec des résultats non négligeables. Ils peuvent aussi aider le patient à installer son médecin à la place du « sujet supposé savoir », prélude à un transfert, dynamisant la prise en charge. Nous lui consacrerons un paragraphe à part parce que souvent elle occasionne plus de souffrance que le syndrome de répétition et que ses formes cliniques méritent un développement.

Troubles du caractère

Ils sont quasiment aussi constants que l'angoisse : irritabilité, agressivité, repli sur soi, vague sentiment que le milieu de vie est hostile. Souvent, les patients ne se rendent pas compte de la présence de ces troubles et ne comprennent pas ce qu'essaie de leur dire leur entourage. Parfois au contraire ils ont nettement conscience que leur caractère a changé après l'événement, qu'ils sont devenus incapables d'aimer et qu'ils rendent la vie difficile à leurs proches. Ces troubles sont fluctuants, et certains des patients élaborent des stratégies pour protéger d'eux-mêmes leur entourage. Parfois même ils essaient d'éviter des passages à l'acte agressifs qu'ils ressentent a priori comme horribles et humiliants. Ces troubles sont largement à l'origine de séparations conjugales, de fuites de leurs enfants, de pertes de leur emploi, de leur logement. Dans les cas les plus graves ils se retrouvent à la rue. Beaucoup d'anciens de l'Algérie ou de l'Indochine ont terminé leur vie comme clochards sous les ponts de Paris.

Dans « les syndromes de la guerre du Golfe », nous avons examiné, dix ans après, beaucoup de ces jeunes engagés chez lesquels ces troubles avaient donné un cours malheureux à leur existence, sans qu'ils s'aperçoivent de la relation de cause à effet entre un événement traumatique et leurs difficultés relationnelles ultérieures. Généralement un seul entretien permettait d'établir cette relation et ils comprenaient tout d'un coup, comme dans une illumination, que leur épouse et leurs enfants avaient de bonnes raisons de se plaindre d'eux. Dans ces cas, le syndrome de répétition était toujours discret, parfois limité à des réveils en sursaut pendant la nuit sans que ce réveil soit rapporté par eux à un cauchemar.

Il est bien évident que ces patients ne remplissaient pas les critères du PTSD selon le DSM-IV.

Les troubles du caractère, en plus de quelques symptômes de la dépression ou de l'angoisse, constituent ce qui est généralement rangé sous le nom de « personnalité traumato-névrotique ». Nous ne pensons pas que la personnalité, comme structure, soit modifiée par le traumatisme psychique, sauf cas extrêmes. Parfois, en revanche, l'angoisse liée au trauma fait apparaître des symptômes névrotiques, troubles obsessionnels ou conversifs.

Les troubles des conduites

- *Conduites suicidaires avec suicide réussi chez une proportion notable de patients.* Elles sont fréquentes et témoignent d'une certaine gravité de la névrose. Cette attirance pour la mort étonne souvent les patients en raison de son illogisme apparent. Ils ne comprennent pas que, ayant échappé à la mort, ils en soient venus à la rechercher. On peut comprendre ce sentiment si l'on admet que le suicide, chez eux, n'est pas une façon de rejoindre le néant qu'ils ont aperçu mais au contraire une façon de se rendre « immortels ». Ces conduites agressives, qui vont jusqu'au passage à l'acte, leur apparaissent comme la solution d'une tension meurtrière qui les habite ;
- *Conduites addictives.* Ces conduites se présentent sous le jour habituel de l'alcoolisme, de la toxicomanie, de la prise de médicaments sédatifs et les troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie ou alternance des deux). Pour une part ils témoignent d'une tentative d'automédication mais aussi du désir de répondre aux exigences de la pulsion de mort. Il faut voir dans la visée ultime de la dépendance alcoolique, fréquente chez les anciens soldats français, une façon de « se mettre en marge du monde des vivants » et d'installer les autres dans le rôle de persécuteurs, un peu comme s'ils disaient : « Voyez

dans quel état de déchéance vous m'avez conduit. » Chez les soldats américains on rencontre plutôt un usage abusif des médicaments psychotropes et des toxiques. La culture indique ses faux remèdes à la souffrance psychique. En user, c'est aussi commémorer une époque qui, malgré les souffrances, ou peut-être à cause d'elles, laisse une grande nostalgie.

Passages à l'acte

Les sujets sont brutalement saisis d'un besoin d'exercer leur violence contre eux ou contre les autres. Ils frappent ou tuent. On est là proche du syndrome de répétition, avec irruption de la pulsion de mort sollicitée par l'événement. Certains d'entre eux savent que des situations banales dans lesquelles ils pourraient se sentir lésés (être bousculés dans la rue ou se faire prendre une place de parking) pourraient les conduire à l'irréparable. Jusqu'à une époque récente, ceux-là, et eux seuls, venaient consulter un psychiatre. Ceci sera développé dans le sous-chapitre « Trois aspects cliniques ».

Les plaintes somatiques (le corps douloureux)

Les plaintes somatiques sont très fréquentes pour signifier le malaise qui s'est emparé du sujet mais elles ont rarement une allure hypocondriaque. Certains patients s'installent dans un statut de malade. Ils vont produire des symptômes physiques qui vont les amener à consulter des généralistes d'abord, puis toutes sortes de spécialistes. À cette occasion, ils peuvent être adressés à un psychiatre, mais ils refusent souvent de s'y rendre. La dimension anxiodépressive de ces plaintes chroniques est évidente. Néanmoins, malgré leur fréquence, elles font rarement partie de la description clinique du tableau des névroses traumatiques.

Les maladies psychosomatiques

Elles sont également fréquentes, des plus graves (diabète, hypertension, ulcères gastroduodénaux-, troubles thyroïdiens, etc.), au plus bénignes (affections cutanées sur lesquelles se penchent en vain les dermatologues). Ces dermatoses apparaissent brutalement ou réapparaissent de façon cyclique et résistent généralement à la thérapeutique. Ces dermatoses renvoient à la question de la souillure et au sentiment de déchéance et de déshumanisation (« être un déchet »).

La névrose traumatique est ainsi une affection complexe, dans laquelle le fonctionnement psychique est très bouleversé, sans que pour autant l'architecture névrotique du sujet se soit écroulée. S'il a été question à plusieurs reprises, chez divers auteurs, dont Freud, de la

ranger parmi les psychoses, on voit bien, à travers sa symptomatologie, que seule l'effraction traumatique rappelle un phénomène psychotique.

FORMES CLINIQUES

Il est nécessaire de s'attarder sur les formes cliniques. La clinique, telle que nous l'avons décrite, indique à juste titre que le syndrome de répétition est pathognomonique de la névrose traumatique, et lui seul. Même les derniers DSM font obligation, pour pouvoir porter le diagnostic de PTSD, que soit présent au moins un des items du critère B qui est celui des cinq critères qui est le plus proche de notre syndrome de répétition. Si, dans la pratique, il est vrai que nous recevons généralement des patients sur la foi de cauchemars typiques ou de reviviscences, il n'en va pas toujours ainsi. Il faut tenir compte du mécanisme du déni.

La présence de cauchemars est attestée par l'entourage ou par le sujet lui-même que son agitation nocturne fait tomber du lit ou qui s'étonne de ses réveils en sursaut, accompagnés d'angoisse. Mais aucune image ne vient leur indiquer l'origine de leur activité nocturne.

Nous pouvons citer l'exemple de ce patient rescapé de l'explosion de l'usine d'AZF, qui était à quelques mètres du lieu de l'explosion, et s'en était sorti par miracle, sans une égratignure. Il nous avait été adressé par un confrère qui l'avait en psychothérapie. Notre confrère voyait les troubles de son patient s'aggraver : il s'isolait de plus en plus, aussi bien de sa famille que de ses voisins et amis. Nous l'avons hospitalisé et il a retrouvé la parole et une apparente bonne humeur. Nous l'avons, comme le souhaitait notre confrère, « débriefé ». Il a fait un récit détaillé mais sans que jamais aucune émotion n'intervienne dans sa narration. Il ne faisait pas de cauchemars, disait-il, mais deux à trois nuits par semaine, il se retrouvait au bas de son lit. Il a quitté l'hôpital, content de son séjour, mais pas plus avancé du côté de sa névrose traumatique. Il était décidé à reprendre sa course d'obstacles au dédommagement qui lui était dû mais refusé depuis trois ans, mais pas du tout décidé à retrouver du travail, ce qui était pourtant facile pour lui dans sa spécialité.

Le déni est encore plus massif chez les victimes qui ont des symptômes mais aucun souvenir de l'épisode traumatique. Il ne faut d'ailleurs pas trop les pousser à y revenir, sous peine de ne plus jamais les revoir, ou même de les aggraver s'ils présentent une affection psychosomatique.

Il nous est arrivé de traiter pendant trois ans un cadre avec de hautes responsabilités, pour un état dépressif sévère ayant nécessité de fréquentes hospitalisations. Pendant toute cette période, il est resté sous *Clomipramine* (un antidépresseur) à dose thérapeutique, comme on disait alors pour les doses élevées. Il a fini par sortir de son état dépressif. La psychologue qui le suivait en psychothérapie soupçonnait comme nous une origine traumatique mais il était catégorique sur l'absence, dans ses antécédents, d'un événement critique. Ce n'est qu'une fois guéri qu'il nous a livré comme une chose de peu d'importance, et surtout datant de plus de vingt-cinq ans, un événement sanglant, tragique et touchant des proches. Il ne voyait pas l'intérêt de parler de cela.

On l'aura compris, le diagnostic n'est pas toujours facile, surtout quand les patients vont porter leur plainte chez un médecin généraliste ou le spécialiste de tel ou tel organe. Il est vrai qu'aujourd'hui le corps médical est de mieux en mieux informé de cette pathologie.

Ce long préambule va nous éviter des développements un peu fastidieux. Les « masques » les plus fréquents de la névrose traumatique sont :

- Les troubles du caractère et de l'humeur (voir *supra* « La dépression post-traumatique », « Le suicide » et l'« Agressivité et passage à l'acte ») ;
- Les troubles des conduites (signalons les états de pharmacodépendance, avec les exemples historiques des toxicomanies des anciens GI^s [contestés parfois dans leur rapport à la guerre], ou l'alcoolisme des anciens de l'Indochine [pas tous bien sûr]) ;
- Les plaintes somatiques avec une quête inlassable et vaine d'un diagnostic surtout si il y a eu des blessures physiques (traumatisme crânien ou fracture par exemple) ; les centres antidouleur connaissent bien ce problème (il est souvent impossible d'entreprendre une psychothérapie avec un patient qui nécessite encore des soins médicaux, chirurgicaux ou de rééducation) ;
- Les grands états anxieux (attaques de panique, phobies multiples jusqu'à la panphobie) ;
- Les maladies psychosomatiques, les plus à même d'engloutir le syndrome de répétition.

Citons à ce propos un dernier cas.

Cet officier endurci est envoyé en mission à l'étranger avec une dizaine d'hommes pour déterrer des cadavres. Ces militaires fournissent du matériel aux médecins légistes du Tribunal pénal international. Tout se passe

bien pour l'officier et pour ses hommes, affirme-t-il. Lui-même n'a pas eu, dit-il, de troubles du sommeil. Trois ans plus tard il est renvoyé au même endroit, mais pour une autre mission. À son retour il déclenche un diabète grave, insulino-dépendant, pour lequel on ne peut incriminer aucune cause classique, aucune prédisposition. Pressé de dire s'il lui vient à l'esprit un souvenir qu'il pourrait nous raconter, il nous fait le récit suivant : un jour, ne pouvant atteindre à la pioche le fond d'un puits, ils ont utilisé une pelleteuse. La benne a ramené entre ses dents, par la nuque et en le levant en l'air, le corps d'une jeune fille, saponifié, quasi intact. Son récit ne laisse pas passer d'émotions, sans que pour autant on puisse parler de froideur. Sa voix ne tremble pas. Pourtant, son récit a une grande force suggestive, à faire frémir d'horreur n'importe quel auditeur. Il accepte sans discuter que son diabète puisse être d'origine psychique, mais il le « gère » bien et l'armée a aménagé au mieux pour lui la situation. Il nous quitte sur une interrogation : fera-t-il avec notre certificat une demande de pension ? La seule chose qui pourrait l'y pousser est le sort financier de sa femme et de ses trois enfants s'il mourait !

FORMES ÉVOLUTIVES

Chaque névrose traumatique a son style évolutif, aussi est-il difficile de faire des regroupements homogènes, sauf peut-être dans les cas extrêmes : graves ou bénins. Entre les deux, les surprises sont constantes, des périodes d'accalmie succèdent à des périodes de grande souffrance, une multitude d'événements interfèrent pour provoquer des changements plus ou moins durables, parfois définitifs.

Les évolutions bénignes

Elles vont de l'apparition d'un syndrome de répétition qui se manifeste de façon espacée, à sa disparition définitive, ceci avec ou sans traitement. La guérison s'annonce généralement par une modification du cauchemar dans lequel l'événement traumatique est transposé, « métaphorisé ». Ce sont souvent les éléments de l'histoire du sujet qui donnent lieu à des scénarios angoissants. Il y a aussi de fausses guérisons dans lesquelles les cauchemars cessent sans avoir suivi un travail d'élaboration et peuvent réapparaître tels quels des mois ou des années plus tard.

Olivier

Olivier est un jeune pédiatre qui fait son service militaire dans une organisation internationale dédiée à l'enfance. Il travaille en Afrique dans un secteur dont il visite régulièrement les villages. Il distribue de la nourriture pour enfants, prodigue des soins et apprend aux mères à mieux s'occuper de leurs bébés. Il a pris à cœur cette activité et est très aimé des habitants de la région. Il est logé par une compagnie européenne qui construit un barrage sur le fleuve qui traverse la région. Une rébellion antigouvernementale sévit dans le pays. Un jour, les patientes du jeune médecin l'avertissent que son camp va être attaqué et les résidents massacrés. Il rapporte l'information au chef du camp qui refuse de prendre cet avertissement au sérieux. La nuit de l'attaque, il se réfugie dans une cachette qu'il s'est aménagée et entend tout le déroulement du massacre. Au petit matin, il découvre les cadavres du personnel du chantier et voit sur le bord du fleuve celui d'une jeune femme, le ventre ouvert avec un fœtus à l'intérieur. Il est rapatrié dans un hôtel de la capitale et les cauchemars apparaissent : chaque nuit, il revoit le cadavre de la femme éviscérée et son fœtus. Il rentre en France et est hospitalisé dans un hôpital militaire. Au cours de la psychothérapie, son cauchemar change rapidement. L'attaque a lieu dans la ferme de ses parents (ceux-ci habitent une grande propriété agricole où il a passé son enfance ; elle est entourée d'un mur, ce qui lui rappelle le camp). Puis des disputes avec son père peuplent ses rêves d'angoisse (son père avait tenté avec une certaine violence de s'opposer à son choix de partir en Afrique). Dans ses cauchemars, des membres de sa famille apparaissent tantôt comme les victimes, tantôt comme les bourreaux. La scène initiale parlée dans la psychothérapie devient métaphorique de la scène œdipienne. Sa vocation de pédiatre elle-même s'éclaire : il faut protéger l'enfant des désirs mortifères qui rodent en lui et autour de lui. Olivier n'est plus dès lors confronté au réel de l'événement, mais à son univers fantasmatique inconscient. Il faut dire que l'image traumatique de ce fœtus dans le ventre de sa mère a facilité ce passage. Au bout de quelques semaines, la psychothérapie se termine sur un rêve où il comparait devant des juges. Il est condamné par le tribunal, puis il se voit assis devant un feu de cheminée, brûlant ses vêtements et ses papiers. Le trauma l'a amené sur le terrain d'une faute originelle à partir de laquelle peut avoir lieu sa renaissance.

À peu près au même moment, dans le même hôpital, est admis un jeune casque bleu rapatrié du Liban. Au cours d'un bivouac tranquille, un obus arrache la tête de son sergent assis en face de lui, son lieutenant se jette sur lui pour le couvrir à terre. Son cauchemar va évoluer, mais dans un sens qui laisse présager qu'il n'en a pas fini avec sa névrose traumatique. Il ne revoit plus le soldat décapité, mais seulement, et cela toutes les nuits, son lieutenant qui se jette sur lui pour le protéger. Il est donc parvenu à dénier l'aspect traumatisant de l'événement mais a conservé telle quelle la part plutôt rassurante de cette protection par un « père ». Puis le cauchemar disparaît. Trois mois plus tard une cérémonie a lieu dans la caserne, au cours de laquelle il doit être décoré. Avant même que l'officier ne s'approche de lui, il est pris d'une grande angoisse et s'enfuit en courant. Il est alors de

nouveau hospitalisé, mais dans un autre hôpital, où il va séjourner puis venir en consultation pendant quelques mois. Cette deuxième prise en charge thérapeutique sera la bonne.

Il s'agit là de deux cas qui ont bénéficié de traitement. Mais il nous arrive souvent d'entendre des confidences de militaires — que nous devons à notre spécialité de psychiatre — ayant présenté un syndrome de répétition, avec ou sans symptômes d'accompagnement, et qui ont guéri sans aucune aide.

Les évolutions fluctuantes

Il est impossible de décrire ce type d'évolution, qui diffère d'un sujet à l'autre. On peut en donner néanmoins quelques aperçus et nous allons tenter de faire des regroupements à peu près homogènes. C'est souvent par périodes plus ou moins longues et plus ou moins intenses que les symptômes se manifestent, avec parfois des espaces libres qui peuvent durer plusieurs années. Aucune logique apparente ne semble présider à ces changements et c'est justement le travail du thérapeute d'aider le sujet à en trouver les ressorts. Parfois les rechutes sont aisément compréhensibles : dates anniversaires, faits d'actualité ayant une similitude avec l'événement traumatique, épreuves rencontrées par le sujet (deuil, chômage, divorce, etc.), lectures inopportunes, images cinématographiques. Ces évolutions fluctuantes sont probablement les plus nombreuses, elles peuvent garder une certaine constance dans la durée et dans la gravité des épisodes tout au long de la vie, ou conduire à des aggravations progressives jusqu'à ne plus fluctuer du tout, ou au contraire s'atténuer jusqu'à ne plus produire que quelques cauchemars de temps en temps.

Farouk

Farouk est un algérien de treize ans qui faisait partie d'une famille où tous ses frères étaient dans la rébellion. Pris par l'armée française alors qu'il transportait du courrier pour le maquis, il est amené à la caserne et torturé pour livrer les renseignements qu'il pouvait donner ; puis il y est gardé par crainte qu'il ne soit exécuté comme traître. Son désir était néanmoins de retourner dans sa famille. Un jour, son père annonce sa visite et son intention de le récupérer, mais les officiers français convainquent l'enfant de raconter à son père qu'il est bien traité et qu'il préfère rester avec eux. Son père n'insiste pas et s'en retourne chez lui. Jusqu'à la fin de la guerre, Farouk participe à quelques opérations contre les rebelles, puis en 1962 est emmené en France où il s'engage dans la Légion. Il est réformé deux ans plus tard pour une névrose traumatique grave ; celle-ci va évoluer de

façon cyclique et tous les ans à la date anniversaire de sa capture, il vient se faire réhospitaliser à l'hôpital militaire. Malgré la brièveté de ces périodes un véritable travail psychothérapeutique arrive à se faire qui a, au moins, le mérite de lui rendre sa puissance sexuelle perdue à la suite des tortures (dont il ne nous révélera jamais la nature). Il se marie et a un enfant.

Un jour, il arrive à l'hôpital à une période de l'année où on ne l'attendait pas : il a un énorme goitre thyroïdien qui remplit tout l'espace du cou d'une oreille à l'autre. Le hasard veut qu'il soit opéré le jour de la fête musulmane du sacrifice, la fête de l'Aïd. Il a la cicatrice de quelqu'un qui aurait été égorgé ; il est rayonnant : à partir de ce jour, il n'aura plus jamais de cauchemars. L'enfant abandonné par son père aux mains de ses tortionnaires porte maintenant dans sa chair la marque du sacrifice, la marque de l'amour d'Allah.

Les évolutions stables à un niveau de gravité variable

Le plus souvent, ces sujets gardent leurs cauchemars comme un objet précieux et s'accommodent tant bien que mal de leur angoisse, de leur dépression ou autres symptômes associés.

Les aggravations

Elles sont progressives mais peuvent prendre le relais d'une évolution fluctuante. Elles concernent environ 20 % de cette population et les conduisent souvent à une série de ruptures dramatiques dont nous avons parlé au chapitre des troubles caractériels. Jusqu'à une époque récente elles étaient le seul motif d'hospitalisation lorsque le sujet ne voyait pas d'issue à son mal. Assez curieusement d'ailleurs, c'est avec les cas les plus graves qu'on peut obtenir parfois des résultats thérapeutiques spectaculaires.

Les évolutions dramatiques

Elles conduisent à une totale exclusion du monde des hommes. Ces sujets traumatisés se retrouvent comme SDF, souvent alcooliques, en prison pour meurtre ou pendus au bout d'une corde. Rares sont ceux qui viennent frapper à la porte de l'hôpital ; s'ils le font, et qu'on peut les garder pendant une très longue période, ils peuvent se reconstruire suffisamment pour redevenir « un parmi les autres ».

Un ancien engagé de l'Indochine avait participé, alors qu'il n'avait que vingt ans, à un massacre de population civile dans un village. En proie à une

culpabilité insoutenable, il demande à sauter sur Dien Bien Phu alors qu'il n'est pas parachutiste. Puis il reste plusieurs mois captif dans un camp du Viet Minh. Rentré en France, il est soigné pour les conséquences physiques de sa captivité et se marie et a cinq enfants. Peu à peu apparaissent des cauchemars et surtout des troubles caractériels qui l'amènent à imposer à sa famille ses histoires de guerre et de camp. Il finit par être pris en horreur et détesté aussi bien de son épouse que de sa progéniture. Il perd également son métier de peintre en bâtiment. Quasi clochardisé, il s'installe dans une caravane à la lisière de sa petite ville. Il se met aussi à boire et bientôt vit un cauchemar perpétuel : il entend autour de son logis des « Viets » qui rampent pour venir lui faire payer ses crimes ; il est encore assez lucide pour trouver dans son journal des anciens combattants le nom et le lieu d'exercice d'un psychiatre militaire, auquel il écrit. Il sera hospitalisé de longs mois avec au départ le traitement que l'on donne habituellement à des patients mélancoliques. L'assistante sociale l'aidera à retrouver un logement et à reprendre contact avec deux de ses enfants.

TROIS ASPECTS CLINIQUES

La dépression post-traumatique

Les chercheurs de langue anglaise ont découvert, il y a quelques années, que la dépression et la névrose traumatique (le PTSD) entretenaient des rapports étroits. Ils ont traité la question en termes de comorbidité. S'ils avaient écouté avec plus d'attention leurs patients, ils n'auraient pas eu besoin d'entreprendre des études compliquées pour dégager « la preuve » de ce lien. Ils se seraient peut-être demandé si, dans le fond, le traumatisme psychique n'était pas la source même des troubles de l'humeur, qui ne se résument pas tous au MDD (*Major Depressive Disorder*), comme il est la source du syndrome de répétition et de bien d'autres manifestations cliniques.

Puisque sur cette question nous nous trouvons dans l'obligation de faire état de leurs travaux, nous en donnerons ici un aperçu (Bleich *et al.*, 1997). En premier lieu, 90 % des patients présentant un PTSD font au cours de leur vie au moins un MDD. En deuxième lieu, 50 % de ceux qui sont recensés comme PTSD remplissent au même moment les critères du MDD. En troisième lieu, 16 % des MDD se déclarent avant, voire même bien avant, que ne se déclenche le PTSD. De façon annexe, les mêmes auteurs ont découvert qu'un MDD qui suit immédiatement la confrontation à un événement qui peut être traumatisant, augmente considérablement les chances de la victime de faire plus tard un PTSD.

Ils ont remarqué également que les antidépresseurs ont une action positive sur l'ensemble de la symptomatologie du type PTSD.

Deux choses au moins ont échappé à ces chercheurs ; l'une, c'est que la dépression ne se résume pas aux critères du MDD, l'autre, c'est que les critères C et D des DSM-III, IIIR et IV du PTSD sont constitués de bon nombre de symptômes dépressifs :

- Critères C : sentiment d'avenir bouché, réduction nette de l'intérêt pour les activités importantes, sentiment de détachement d'autrui, restriction des affects ;
- Critère D : sommeil interrompu, irritabilité, ou accès de colère, difficulté de concentration.

Comme nous l'avons montré dans le chapitre 1, tout est en place dès l'effraction traumatique pour qu'une baisse de l'humeur fasse partie intégrante de la névrose traumatique, même s'il peut ne s'agir que d'une simple tristesse dans les cas les moins graves. Nous y reviendrons. Dans le cours des psychothérapies, le sourire puis la gaieté ne réapparaissent que lorsque le sujet est libéré du poids de l'image traumatique et de l'impression d'abandon. Quant au sentiment de culpabilité, les choses sont moins simples, ce qui tend à montrer que les êtres humains s'accommodent assez bien de porter une faute quand elle a peu de consistance dans la réalité.

Nous allons faire maintenant un petit détour par le stress, les « événements de vie » et le harcèlement parce que tous les trois peuvent être générateurs de dépression et qu'ils sont souvent confondus avec le traumatisme. Tous les trois peuvent aussi s'enrichir d'un moment traumatique, circonstance que nous allons exclure ici.

Le stress est une réaction psychophysiologique globale à une contrainte ou à une menace. Quand il est modéré, il sert l'adaptation à ces types de situations en mettant l'organisme au maximum de ses capacités psychiques de perception ou de réaction.

Si la charge émotionnelle est trop importante, le sujet va se retrouver en état de stress dépassé dans lequel, à l'inverse, les facultés d'adaptation vont se retrouver diminuées, voire anéanties. Quand la situation stressante se prolonge, arrive un moment où les capacités adaptatives deviennent moins bonnes sans que le sujet ne s'en rende toujours compte. C'est ce problème que l'on rencontre avec les autorités qui dirigent les secours dans une catastrophe. Il arrive un moment où leurs décisions deviennent contre-productives et même dangereuses. Dans d'autres situations apparaît ce que l'on appelle la dépression d'épuisement. La dépression est alors une « maladie de l'adaptation »

comme le sont d'autres phénomènes comme les maladies physiques, psychosomatiques ou non, liées au stress.

Il arrive que dans le cas d'événements ponctuels le stress ne s'éteigne pas si facilement et devienne en quelque sorte, par le fait même d'avoir montré au sujet ses limites, un événement de vie susceptible d'entraîner un état dépressif. Heureux ou malheureux, les événements de vie peuvent conduire à un état dépressif, le deuil en est la meilleure illustration. Il est souvent, dans ce cas, confondu dans la littérature américaine avec un événement traumatique pour peu qu'il s'accompagne de ruminations mentales « excessives » (indûment rapportées au critère B du PTSD) ou que des rêves d'angoisse peuplent les nuits du sujet (même critère). Dans l'un et l'autre cas, on a affaire à la manifestation de représentations angoissantes bien sûr, et encore pas toujours pour les ruminations, et non à un retour du réel.

Le harcèlement concerne surtout les milieux professionnels et consiste en une attaque continuelle du narcissisme du sujet. Le but secret ou avoué des « harceleurs » est d'obliger le harcelé à quitter son poste, ce qui arrive quand la dépression l'oblige à accepter un congé maladie. Dans de telles circonstances, une situation traumatique est exceptionnelle et résulte d'une mise en scène perverse poussée trop loin.

Nous ne nous appesantirons pas sur le trauma psychique déjà largement traité, en particulier dans ce qui le distingue du stress et des événements de vie. Nous rappellerons simplement d'abord que le trauma peut passer inaperçu et n'avoir ses effets qu'à distance. Nous rappellerons également que la dépression fait partie de la névrose traumatique. Ajoutons aussi qu'un traitement antidépresseur a un effet sur la fréquence des cauchemars répétitifs par le biais de l'allègement du trouble de l'humeur.

La névrose traumatique s'accompagne toujours, à des degrés divers, des symptômes les plus classiques de la dépression :

- inhibition psychique ;
- troubles de la mémoire, de l'attention et de la concentration ;
- asthénie (matinale surtout) ;
- troubles du sommeil ;
- troubles de l'appétit et du désir sexuel, moindre capacité d'aimer, etc.

Lorsque la dépression envahit la symptomatologie de la névrose, laissant en arrière-plan l'angoisse et les cauchemars, on peut décrire quatre formes cliniques.

Formes cliniques de la dépression post-traumatique

Forme asthénique

C'est le classique syndrome de Targowla (Targowla, 1950) observé chez les victimes de la déportation. Cette forme clinique est également observée chez bien d'autres patients. L'asthénie physique et psychique domine le tableau, elle s'accompagne de sentiments d'incapacité et d'impuissance, d'aboulie, qui peuvent parfois conduire au suicide, et d'un sentiment d'isolement prononcé. Le monde leur paraît hostile, parfois déterminé à aggraver leur souffrance, surtout lorsqu'il s'agit des diverses institutions en charge de proposer une réparation. Le sentiment de préjudice peut alors venir entraver toute action thérapeutique.

Forme caractérielle

Dans l'armée on les observe souvent chez les gens jeunes, en particulier lorsqu'ils ont quitté l'institution. Les troubles du caractère ont des conséquences fâcheuses sur leur capacité de réinsertion professionnelle et sur leur vie affective. Dans ces cas, qu'il s'agisse de civils ou de militaires, le syndrome de répétition est assez discret, sauf quand il s'agit de grandes formes caractérielles marquées par l'impulsivité et la violence ou lorsque s'est installé un abus d'alcool ou de toxiques. De toute façon, l'insertion sociale est toujours précaire et les passages à l'acte à incidence médico-légale ne sont pas rares.

Forme à expression somatique

Elle va des plaintes physiques constantes, mais changeantes, à tout le spectre des maladies psychosomatiques : maladies de peau qui prennent parfois des allures impressionnantes, ulcères gastroduodénaux, affections cardiologiques ou vasculaires, migraines vraies parfois ophtalmiques, affections thyroïdiennes, diabète, etc. La particularité de cette forme est l'état de stress permanent dans lequel sont les patients et la difficulté qu'il y a à leur faire évoquer le moment traumatique. Si on s'y risque, on peut déclencher des réactions émotionnelles catastrophiques, voire entraîner des accidents somatiques liés au type d'affections présentées par le sujet : poussée hypertensive, accidents coronariens, déséquilibre d'un diabète...

Forme mélancolique

À notre connaissance, il s'agit toujours de mélancolie délirante à thèmes persécutifs. Nous ne les avons observés que chez les militaires ou d'anciens militaires : la légion veut les rendre fous ; les ennemis d'hier organisent leur mise à mort... Dans certains cas ces anciens

soldats ont à se reprocher leur participation à des « violences inutiles » qui sont à l'origine de leur trauma. C'est le cas de ce légionnaire d'origine kabyle dont nous avons déjà parlé. Il avait abattu par erreur un adolescent au Tchad et l'avait vu mourir dans ses bras. Il se pensait dix ans après l'objet d'un complot des jeunes maghrébins de l'immigration qui cherchaient, croyait-il, à le tuer. Pourtant il avait tué ce jeune garçon par méprise, voyant une silhouette armée qui ne répondait pas aux sommations. Mais le fusil n'était qu'un simulacre en bois. Il dut être traité par de très hautes doses de Nozinan® et d'Anafranil®. On voit, dans ce cas, comme dans d'autres, le rôle prévalant de la culpabilité.

Pour ce qui concerne les trois premières formes envisagées, l'évolution est souvent chronique sans véritables périodes de rémission. Elle est parfois fluctuante au gré des heurs et malheurs, des dates anniversaires, des événements qui font l'actualité et qui contrarient leurs idéaux, etc. Dans la quatrième forme, la question ne se pose pas dans les mêmes termes puisque l'état mélancolique conduit forcément à une prise en charge thérapeutique. Celle-ci a un effet et sur le trouble de l'humeur et sur le syndrome de répétition.

Psychopathologie

Nous avons déjà exposé au début de ce livre les éléments dépressogènes du traumatisme psychique et de sa répétition. Rappelons-les brièvement.

D'une part, le franchissement du refoulement originaire, les retrouvailles culpabilisantes avec l'objet perdu sont sources d'angoisse, de néantisation et de jouissance interdite, et la dépression apparaît alors sous les traits d'un deuil à faire : renoncer comme lorsqu'on était dans la petite enfance au monde originaire.

D'autre part, ce moment de silence du langage que constitue le trauma exclut le sujet du monde des êtres parlants. Cet état d'abandon est vécu sous le mode de la détresse, de la déréliction et de la honte. La rencontre de la honte et de la culpabilité précédemment évoquée constitue le terrain où se développe la dépression.

Enfin, l'image de la mort et la fin de l'illusion d'immortalité ouvrent une profonde faille narcissique.

Le suicide¹

Après la guerre américaine du Vietnam, le nombre de suicides chez les vétérans de ce conflit avait été estimé équivalent au nombre de tués au combat.

Les études épidémiologiques faites quelques années plus tard n'ont pas confirmé ces chiffres, sans qu'il soit possible non plus de les récuser totalement : il était devenu difficile de recenser les suicides dans la zone de combat et sur le territoire national dans l'immédiat après-guerre. En revanche, la population des vétérans porteurs d'un PTSD a fait l'objet de nombreuses recherches dont certaines ont pris comme cible le suicide et les sentiments de culpabilité (Pollock *et al.*, 1990).

Une étude menée en 1987 (*Centers for Disease control Vietnam Experience Study*, 1987) sur 10 000 soldats montre une surmortalité de 17 % chez ceux qui sont allés au Vietnam, essentiellement par AVP, suicide et usage de toxiques. T. Kramer trouve, lui, 60 % de gestes suicidaires chez les vétérans dont le PTSD s'accompagne d'un syndrome dépressif (Kramer *et al.*, 1994), ce qui est presque généralement le cas. Hendin (Hendin et Pollinger Haas, 1991) met en évidence chez ces patients les sentiments de culpabilité comme facteur prédictif du risque suicidaire. L'ensemble des travaux américains montre une élévation très significative des taux de suicide ou de tentative de suicide dans cette population de vétérans du Vietnam avec PTSD, mais aussi en milieu civil à la suite de catastrophes, agressions, accidents, etc. (Lefranc, 1998). D'autres études, dans d'autres pays, aboutissent à des résultats similaires : citons celles de G. Loughrey en Irlande du Nord (Loughrey *et al.* 1992), A.-K. Goenjian après le tremblement de terre en Arménie (Goenjian, 1993), M. Ferrada-Noli sur une population de réfugiés (Ferrada-Noli *et al.* 1998). En France, J.-M. Darves-Bonoz s'est intéressé aux conséquences psychopathologiques du viol (Darves-Bonoz *et al.*, 1996, et Darves-Bonoz, 1996). Son premier article est une étude de 90 patients psychiatriques. Il trouve 64 % de tentatives de suicide répétées chez les patientes affectées de PTSD après un viol et montre que c'est le PTSD après un viol qui est un facteur de risque et non le viol indépendamment du PTSD. Dans une autre étude, celle-ci prospective, sur 102 patientes victimes de viol, il retrouve 39 % de tentatives de

1. Extrait d'une communication faite au GEPS (Groupe d'étude et de prévention sur le suicide) à Albi, et parue ensuite dans la *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*. Les références bibliographiques américaines ainsi que les données statistiques américaines sont dues au médecin principal J.-D. Nicolas, cosignataire de l'article.

suicide, chez les sujets présentant un PTSD à douze mois, 4 % chez ceux exempts de PTSD.

L'épidémiologie ne fait que confirmer ce que nous enseigne la pratique clinique : un état dépressif avec idées de culpabilité apparaît régulièrement si le syndrome de répétition traumatique est grave et installé. Des idées suicidaires, voire de meurtre, sont presque toujours exprimées et constituent parfois le motif de la consultation. Le patient les rationalise, ou s'en étonne : comment peut-on avoir côtoyé de si près la mort et se sentir poussé à se la donner ?

Quant aux sentiments de culpabilité, ils demeurent parfois inconscients (mais rêves et fantasmes témoignent de leur présence dans la psychothérapie) ou sont projetés dans un vécu de persécution auquel aide la « victimisation secondaire » : la faute est chez l'autre, celui qui, à des degrés divers, est responsable de « l'accident », et ensuite ceux qui sont mêlés au processus d'indemnisation. Ils sont à l'origine des idées de suicide, conjointement avec d'autres éléments : l'effondrement narcissique lié à la perte de l'illusion d'immortalité, des sentiments de honte et d'abandon en rapport avec le trauma lui-même et sa répétition, les pertes réelles engendrées par l'événement. Ce sont tous ces points que nous allons examiner.

Agressivité et passage à l'acte

La clinique française de la névrose traumatique reconnaît à cette affection deux types de symptômes : ceux qui se regroupent dans le syndrome de répétition, pathognomoniques, et ceux moins constants et non spécifiques qui forment le groupe des symptômes associés. Dans le premier groupe, on peut ranger des manifestations cliniques qui sont des passages à l'acte hétéro-agressif soudains et aveugles, qui selon les circonstances peuvent atteindre un haut degré de gravité. Dans le deuxième groupe, au chapitre des troubles des conduites, on peut ranger des comportements impulsifs et agressifs qui dominent le changement de caractère du patient avec l'évolution de sa pathologie. Nous verrons successivement ces deux types de manifestations.

Passage à l'acte hétéro-agressif et syndrome de répétition traumatique

Pour l'essentiel, le syndrome de répétition est constitué par le surgissement dans la conscience, lors du sommeil ou à l'état de veille, de l'événement traumatisant tel que le sujet l'a traversé. Outre les images perceptives, le sujet revit les affects qui leur ont été liés. Il est usuel de

considérer comme faisant partie du syndrome de répétition des phénomènes qui n'apparaissent pas être la pleine reproduction d'une situation vécue, mais qui sont seulement en lien direct avec la pure violence qui la caractérisait. La réaction de sursaut, assez banale, en est l'illustration la mieux connue. Le patient réagit à un stimulus sensitif ou sensoriel inattendu comme à l'annonce d'une menace vitale. Mais on rencontre aussi, plus rarement, des états où le sujet se trouve brutalement sous l'emprise de la pulsion de mort, avec ce qu'elle a d'aveugle. Il est probable qu'un certain nombre de crimes sont commis dans cet état-là, et des experts psychiatres informés en psychotraumatologie pourraient nous en fournir des exemples.

Dans notre pratique clinique, nous voyons des sujets qui savent que dans certaines circonstances, ou même sans que rien ne le laisse prévoir, ils peuvent soudainement être submergés par leur propre violence. Le plus souvent d'ailleurs, ce qu'ils craignent c'est de retourner contre eux-mêmes cette violence (on sait que le taux de suicide est élevé dans la population des névroses traumatiques). Dans ces cas, ce n'est pas une raison toujours suffisante à leurs yeux pour consulter un psychiatre. En revanche, s'ils pressentent qu'ils pourraient devenir des meurtriers, ils feront souvent cette démarche.

Nous allons relater un de nos cas susceptibles d'illustrer cette problématique. Nous l'avons choisi parce qu'il est exemplaire à plus d'un titre et montre combien le concept de névrose traumatique est plus adéquat que celui de *Post-Traumatic Stress Disorder* pour rendre compte des effets du trauma.

Frédéric

Frédéric est un brigadier chef de trente-cinq ans qui est adressé en consultation (avec souhait d'hospitalisation) à sa demande par son médecin d'unité. « Je ne sais plus où j'en suis », dit-il. Depuis quelques mois, il a des accès brusques de tension intérieure qui durent dix minutes environ, au cours desquels il a le sentiment qu'il pourrait faire vraiment du mal à quelqu'un. Ces crises se rapprochent et il sent venir le drame. Par exemple, il ne porte jamais de couteau sur lui, et lorsqu'il sent la tension monter, il cherche immédiatement un endroit où être seul.

À son grand soulagement, il est hospitalisé et nous avons des entretiens quotidiens. Le neurologue de l'hôpital fait faire un bilan de comitialité qui s'avérera négatif.

Ses crises ne datent pas d'aujourd'hui et ont été dans le passé beaucoup plus rares, mais certaines sont restées pour lui mémorables, en particulier dans les mois qui ont suivi son retour des charniers de Goma, au Zaïre (nous en reparlerons). Un jour qu'il fait un stage de conduite des véhicules de l'avant blindés, il a l'impulsion subite de foncer sur la voiture qui vient

en face : « Pourtant je ne les connaissais pas, ils ne m'avaient rien fait, ça aurait pu aussi bien être des parents ou des amis. » Dans ces moments-là il n'a « aucun sentiment », « aucun sentiment humain », « comme un chien qui tue un autre chien ». Même après qu'il a maîtrisé son impulsion, il n'a aucun remords, aucun état d'âme.

Plus tard, à Sarajevo, un camarade en état d'ébriété s'en prend à lui verbalement. Il a une réaction d'une violence disproportionnée, inouïe : « Je me suis mis à cogner dessus aveuglément. » À ce moment-là un ami vient derrière lui et l'entoure de ses bras, le serre : « Ça a fait un dé clic, dit-il, et je me suis arrêté, sinon j'aurais pu tuer. » Dans une autre situation de rage destructrice, au Kosovo, où il s'est mis à lacérer une tente à coups de couteau, c'est le toucher ferme et amical d'un camarade à l'épaule qui a immédiatement fait cesser la crise. Les militaires un peu anciens savent souvent comment agir dans ces situations. C'est exactement ce que font, d'ailleurs, les intervenants de l'urgence médicopsychologique de catastrophe lorsqu'un rescapé reste sous l'emprise de son expérience d'effroi.

Revenons à notre patient. En 1994, il faisait partie des deux cents militaires français qui, à Goma, pendant trois semaines, ont enseveli les dizaines de milliers de réfugiés rwandais morts du choléra. L'odeur pestilentielle qui régnait sur la ville lui était intolérable, tandis qu'il se défendait assez bien des spectacles horribles qui ont plutôt marqué les autres. Aussi ne retrouvera-t-on chez lui ni cauchemars, ni reviviscences visuelles. Seule l'odeur reviendra le persécuter, très fréquemment la première année qui a suivi son retour, plus rarement depuis. Avec le DSM IV, il serait impossible d'arriver à un diagnostic de PTSD, même partiel.

La façon dont Frédéric a vécu cette période au Zaïre mérite d'être notée. Contrairement à Jérôme, dont nous parlerons tout à l'heure, il ne s'est pas senti face à l'événement soutenu par l'« esprit de corps ». Sa désillusion par rapport à l'armée datait de la guerre du Golfe. De surcroît, il supportait très mal le cynisme avec lequel lui-même et ses camarades se défendaient de l'enfer où ils étaient plongés (tous ces cadavres étaient la cause de leur souffrance). On pourrait parler à son sujet de « déréliction ». Déréliction profonde et tenace puisqu'il n'a aucunement ressenti cette fierté des autres militaires dès l'action terminée : leur sinistre travail avait arrêté l'épidémie, alors qu'il aurait pu y avoir un à deux millions de morts (toute la population des réfugiés présente à Goma).

Lorsque les moments de tension meurtrière sont apparus, il a demandé à consulter un psychiatre à l'hôpital militaire. Il a été très déçu d'être reçu par un médecin du contingent, ce qui a beaucoup retardé sa deuxième demande. Pour lui, c'était comme si l'institution ne voulait rien savoir de sa souffrance.

Comme on le voit dans cette observation, les moments où le sujet devient dangereux ont toutes les caractéristiques d'une manifestation de la répétition : début et fin brusque, conscience du caractère pathologique

du phénomène, adoption de stratégies pour en limiter la survenue ou les effets. Que généralement les sujets parviennent à éviter le passage à l'acte est à rapprocher de ce qui se passe lors des reviviscences diurnes : dans ces moments, la conscience de la réalité actuelle, à côté de celle de l'événement transposé, n'est pas perdue. Mais il arrive qu'elle s'efface et que le patient vive un moment hallucinatoire. De même, il peut arriver qu'entièrement absorbé par la répétition, le sujet n'ait plus ce minimum de présence au monde qui lui permet de contrôler ses actes. C'est bien ça qu'il craint d'ailleurs, en particulier dans des situations où joue l'effet de surprise et qui sont vécues comme une menace vitale. Certains de ces patients par exemple évitent la foule par peur d'être bousculés, ou la conduite automobile pour des raisons analogues. D'autres adoptent un profil bas immédiat dès lors que s'annonce une situation conflictuelle, ou prennent la fuite. Ces moments sont toujours redoutés et n'apportent aucun soulagement, à l'inverse de ce qui peut se passer dans l'autre type de phénomènes que nous allons décrire.

Frédéric, qui refuse tout médicament, s'est montré dès son hospitalisation très désireux d'entreprendre un travail psychothérapique. Celui-ci se déroule depuis dix-huit mois maintenant, et les moments de tension annonçant un acte de violence sont devenus extrêmement rares, sans avoir complètement disparu. Le travail sur le trauma passe essentiellement par les récits de rêves qui sont rattachés par le sujet à des épisodes de son séjour à Goma. En revanche, il est très difficile à Frédéric de revenir sur une enfance douloureuse marquée par un imbroglio familial dans lequel il a peu compté.

C'est pourtant à partir de l'élaboration de son histoire personnelle que les traumas pourraient prendre une signification et perdent complètement leur effet pathogène.

Passages à l'acte hétéro-agressifs et symptômes associés

Nous venons de voir un des aspects que peut prendre le syndrome de répétition. Parmi les symptômes associés de la névrose traumatique, on rencontre presque toujours des troubles du caractère : irritabilité, agressivité, tendance à l'isolement et au repli sur soi, parfois vécu franchement persécutif. Selon les sujets, leur structure, leur histoire, les circonstances du trauma, les événements survenus après, ces troubles peuvent avoir un caractère de gravité exceptionnel.

Nous avons reçu à l'hôpital, à la suite d'une défenestration, une femme de trente-cinq ans extrêmement violente, qui avait été violée par son père à la puberté. Elle a entamé un travail psychothérapique qui avait rendu ses relations avec les hommes moins orageuses. Elle avait arrêté son traitement lorsqu'elle avait pu établir une relation de couple

apparemment stable. Mais la suite a montré qu'elle avait encore besoin au moins du lien transférentiel. Un soir où son partenaire était ivre et exigeait une fellation, elle l'a tué avec un pic à glace.

Les autres cas de dangerosité que nous avons rencontrés ont heureusement eu un destin moins tragique.

Sylvain

Sylvain, 57 ans, saute violemment à la gorge d'un éboueur en train de vider un conteneur où sont stockées les bouteilles en verre. L'intervention des autres accompagnants de la benne lui fait lâcher prise, « sinon je l'aurais étranglé. » Deux ans auparavant, ce cadre d'une grande entreprise commerciale a été victime, alors qu'il recevait un collègue dans son bureau, d'une violente explosion de gaz, qui a détruit la pièce où il se trouvait, et a été immédiatement suivie d'une infernale et interminable dégringolade du verre qui couvrait la façade de cet immeuble moderne. Deux mois après, il a présenté une névrose traumatique avec des impulsions violentes, mais il a fallu cet incident où il s'est senti dans la peau d'un meurtrier pour qu'il vienne pour la première fois consulter un psychiatre, sans avoir besoin d'être poussé.

Jérôme

Un jour arrive en consultation, sans prévenir, un patient d'une cinquantaine d'années, Jérôme, très excité, qui avant d'être assis déclare : « Docteur, il faut que vous fassiez quelque chose parce que je vais tuer mon patron. » Dans la suite de l'entretien, il ne fait aucun doute qu'il est prêt à passer à l'acte et qu'il ne croit pas au succès de sa démarche. S'il est venu ici, c'est parce que c'est l'armée qui l'a rendu comme ça quand il effectuait son service militaire en Algérie, et que c'est à l'armée de « faire quelque chose ».

Un placement volontaire (à l'époque) était difficile à réaliser dans les conditions d'une consultation. En revanche, il a été possible de faire un pacte avec lui : il s'abstenait de tout acte pendant trois jours puis revenait pour une nouvelle rencontre. Auparavant nous avons parlé un peu. C'était un maçon en conflit de plus en plus violent avec son contremaître, celui qu'il avait décidé de tuer. En Algérie, il était appelé du contingent mais se comportait comme le plus motivé des engagés. Il avait été très fier d'être affecté dans une troupe de choc mais par deux fois avait vécu des instants traumatiques dont l'un avait été particulièrement atroce. Trois ans plus tard, étaient apparus les premiers cauchemars.

À l'entretien suivant, il n'est plus question de son projet de meurtre, mais de sa place de benjamin d'une fratrie de cinq garçons qui l'avait conduit à vouloir se distinguer sur le terrain de la virilité. Comme toujours dans ces cas, l'installation d'une relation thérapeutique suffit à désamorcer la crise. Il y faut généralement plus d'un entretien, mais l'effet souhaité initialement est assez rapide. Ce patient restera trois ans en psychothérapie... et guérira.

Ainsi, les choses se passent très différemment d'avec le patient précédent. Notre maçon a d'ailleurs à son actif deux tentatives de suicide graves et une période de plusieurs années d'alcoolisation. Il ne s'agit pas chez lui du surgissement soudain d'une pulsion destructrice, mais de la montée en puissance d'une violence qui cherche à s'assouvir. Comme on le voit de manière spectaculaire dans ce cas, la violence est à la place d'une parole, qui le conduira dans son déroulement à de surprenantes découvertes sur lui-même.

Il lui a fallu trois ans pour s'y retrouver dans cette histoire de famille, celle-ci ressemblant à une horde primitive avant le meurtre du Père telle que l'a décrite Freud dans *Totem et Tabou*. Un autre patient aura moins de difficultés à établir un lien entre son histoire et sa souffrance. Sa brève histoire psychopathologique illustre bien la montée irrépessible et lente de la violence quand elle devient le symptôme le plus préoccupant de la névrose traumatique.

Le médecin-chef de la gendarmerie téléphone à l'hôpital, demandant que soit vu en urgence un gendarme de trente ans, rapatrié d'Afrique pour une faute professionnelle grave. Le commandement veut le mettre le soir même aux arrêts, et après il sera difficile d'organiser une consultation.

Cet homme, en poste dans une ambassade, est accusé d'avoir volé 3 000 francs à l'un de ses camarades. Ce qu'il a tout de suite reconnu.

L'année précédente, il était au Cambodge, dans la mission des Casques bleus, dite « APRONUC », et gardait avec un policier algérien un bureau de vote près d'Angkor. Le jour du vote, le bureau est attaqué par une section de Khmers rouges. Retranchés dans un local, ils parviennent à mettre en fuite les assaillants mais ils ont bien cru, l'un et l'autre, qu'ils allaient mourir là.

Traité comme un héros, notre gendarme se voit offrir à la fin de sa mission un de ces postes très prisés dans la garde d'une ambassade à l'étranger. Là-bas, apparaissent les premiers cauchemars mais il n'y prête pas attention. Puis des troubles du caractère, que sa femme lui reproche, mais dont il ne se rend absolument pas compte. C'est dans ce contexte que se développe une haine, qu'il croit motivée, à l'encontre de l'un de ses collègues. Il projette de le tuer puis se ravise. Il va seulement le « punir » en lui dérobant l'argent qu'il a dans son casier. Acte insensé de la part d'un homme jusque-là sain et équilibré (et qui, d'ailleurs, le redeviendra après une courte psychothérapie).

Dans tous ces cas, plus fréquents que les précédents, qui ne sont pas des effets de la répétition, c'est l'effet « abandon » du trauma (Lebigot, 2000) qui est en cause, abandon par le signifiant. Celui-ci est à l'origine d'une « rupture communautaire » selon l'expression de C. Barrois (Barrois, 1998) qui peut donner au sujet le sentiment que les autres, les êtres parlants, l'ont rejeté, exclu. Sans qu'ils s'en rendent toujours

bien compte, ils développent vis-à-vis du « monde des vivants » une agressivité que certains ne parviendront plus à maîtriser.

CONCLUSION

On doit probablement à Kraepelin la meilleure dénomination de cet état post-traumatique comme « névrose d'effroi ». L'effroi, au moment de l'accident d'abord, puis itérativement lors des manifestations du syndrome de répétition, révèle au sujet qu'il est construit autour de rien (Lacan, 1986). Et il l'objectivise chaque fois un peu plus comme « reste chu » du monde des êtres parlants.

Toutefois, cette « rupture communautaire » (Barrois, 1998) n'est pas en soi irrémédiable. Toujours possible, le renouvellement de l'alliance fraternelle se fera par le paiement d'une dette. C'est une opération longue et compliquée mais que chacun a déjà effectuée une fois, lors de son entrée dans le langage, du passage du néant à la castration. Il faut du courage pour la renouveler, quand le statut de victime tend à faire de celle-ci « une personne débarrassée de ses dettes et de ses devoirs et ayant de façon infinie des droits sur les autres » (Lebigot, 1999).

Le trauma installe chez le sujet un espace de néant d'où la parole s'est absentée. C'est la pulsion de mort qui vient y régner, soit dans un surgissement qui s'empare de tout l'appareil psychique, soit en dessinant une présence, celle d'un « dieu obscur » (Lacan, 1973) persécuteur. Dans les deux cas, il est urgent que des mots viennent recoloniser cet espace dans le transfert, c'est-à-dire portés par une parole adressée à l'Autre. Parmi nos patients présentant une névrose traumatique ce sont ceux qui sentent arriver le drame qui viennent le plus facilement consulter. Cliniquement, ils forment deux groupes différents, et il ne faudra pas s'étonner de voir, chez les premiers que nous avons décrits, le travail préalable qui devra être accompli avant d'atteindre le symptôme. Reste la question de savoir pourquoi chez eux une pulsion homicide atteint une telle force dans la répétition. La réponse est chez chacun, dans son histoire et dans les particularités de sa rencontre avec l'événement. On peut seulement dire que, dans tous les cas, l'« illusion » qui s'est effondrée ne porte pas seulement sur la mort ou la stabilité du monde, mais sur la « nature » de l'homme (y compris eux-mêmes) profondément et essentiellement voué au mal.

Chapitre 5

ÉTIOPATHOGÉNIE DU TRAUMATISME PSYCHIQUE ET DE LA NÉVROSE TRAUMATIQUE

TRAUMATISME psychique et névrose traumatique sont toujours liés à un événement, c'est-à-dire à quelque chose qui est de l'ordre du perçu ou du ressenti comme nous l'avons déjà exposé. Les deux résultent d'une rencontre, rencontre d'un événement et d'un sujet qui se produit dans un contexte déterminé. On a coutume de dire, mais rien ne le prouve, que chaque homme à son « point de rupture », c'est-à-dire est susceptible d'être victime d'une effraction traumatique. Chacun (on ne le dit pas, mais cela semble sous-entendu) est également à même de développer une névrose traumatique. En réalité, l'affaire est complexe et ne peut s'apprécier qu'au cas par cas. Le même événement, pathogène pour l'un, ne le sera pas pour l'autre, et l'on peut supposer que le même sujet, traumatisé aujourd'hui, ne l'aurait pas été hier ou demain face au même événement. Peut-être aussi peut-on penser que le développement d'une névrose traumatique, après un traumatisme

psychique, obéit à des variables diverses qui font que l'image incrustée est moins facile à élaborer spontanément pour tel sujet.

Aussi, cette question des causes qui favorisent soit l'effraction, soit la névrose, peut difficilement être l'objet de généralisations. Celles-ci ne seraient finalement pas d'un grand intérêt car, en pratique, on a chaque fois affaire à un individu singulier qui a sa propre chaîne de causalités et un événement par rapport à ce sujet-là ne peut être comparé à aucun autre.

On peut néanmoins un peu s'attarder sur cette question en fonction de ce que révèle l'observation, généralement confirmée par les études épidémiologiques, quand il y en a ; on relève alors trois types de facteurs qui favorisent aussi bien le traumatisme que la névrose ou la gravité de la névrose : des facteurs qui tiennent à l'événement, d'autres qui sont à rechercher du côté du sujet, d'autres enfin qui sont liés au contexte ou aux circonstances. Mais il est évident qu'il existe une certaine interdépendance entre eux : ainsi une scène qui sera perçue comme insoutenable pour l'un ne provoquera chez l'autre qu'une brève réaction émotionnelle, ceci en fonction des deux autres séries de facteurs.

FACTEURS TENANT À L'ÉVÉNEMENT

La violence

Le facteur qui se prête à une observation objective dans la majorité des cas est la violence de l'événement. Une étude faite lors du tremblement de terre de San Francisco, chez les étudiants de cette ville, a montré que 90 % de ceux qui se trouvaient à l'épicentre ont présenté par la suite un PTSD, tandis que seulement 5 % de ceux qui étaient à la périphérie en ont développé les symptômes. Tous les pompiers qui sont intervenus sur l'accident de la Gare de Lyon, dont le spectacle était particulièrement horrible, ont présenté une névrose traumatique. En revanche, et il est moins facile de comprendre pourquoi, dans l'armée, les soldats les plus exposés au traumatisme psychique sont ceux qui ont la tâche de mettre dans des sacs les corps de leurs camarades tués au combat. Dans ce cas, la violence de leur action résulte essentiellement de facteurs personnels (ils ont toutes les raisons de s'identifier à leurs camarades morts) et de facteurs circonstanciels (ils auraient pu être à leur place). Cet exemple montre que la violence d'un événement ne relève pas uniquement de critères objectifs.

La soudaineté

Ce facteur est généralement plus facile à dégager que celui de la violence. On le retrouve dans la très grande majorité des cas, mais, parfois, il faut savoir le rechercher. Par exemple un soldat tendu par l'action lors d'un assaut voit se pointer sur lui une arme de là où il ne l'attendait pas, ou un prisonnier d'un camp de concentration, qui sait toutes les horreurs qu'il s'y pratique, se trouve tout à coup pris au dépourvu par le spectacle même d'une de ces horreurs ou par une brusque menace sur lui, dont il est certain qu'elle va l'anéantir. Nous avons vu chez des otages ayant depuis un temps déjà long un revolver collé à la tempe, le trauma se constituer au moment où le canon s'enfonçait brusquement dans la peau du crâne, signalant que, cette fois-ci, le ravisseur va tirer. Dans *Guerre et Paix*, Tolstoï explique à son lecteur pourquoi on met un bandeau sur les yeux de ceux qui vont être exécutés : pour éviter, dit-il, un choc insupportable aux soldats du peloton d'exécution. Il a certainement raison, la surprise peut venir du regard de celui que la balle vient de toucher. On peut rapprocher ce fait de la quête passionnée de Léonard de Vinci qui courait les supplices pour surprendre le regard de ceux que la mort était en train d'emporter. Peut-être que sa fascination active le protégeait d'un effet de surprise.

FACTEURS TENANT AU SUJET

La personnalité

Il ne nous est jamais arrivé de conduire une psychothérapie longue d'une névrose traumatique sans que la personnalité du patient ne se découvre rapidement comme pathologique. La dimension narcissique apparaît comme le grand point de fragilité : ce sont des personnalités hystériques ou obsessionnelles, des états-limite ou de grands immatures, ce qui nous en dit moins que les rapports qu'entretiennent ces sujets avec leur image et avec les autres. Dans certaines professions un peu exceptionnelles, on a la surprise de découvrir que des individus, qui ont l'apparence de la force et de l'assurance, sont en fait « des colosses aux pieds d'argile ». Naturellement ce sont eux les plus surpris de ce qui leur arrive quand une névrose traumatique vient les déconstruire. Une même observation concernant des personnalités toujours pathologiques peut être faite en ce qui concerne les névroses traumatiques non traitées et qui prennent d'un seul coup ou peu à peu une tournure dramatique. L'inverse n'est pas vrai. Toutes sortes de personnalités se rencontrent

chez ceux qui guérissent spontanément et rapidement, mais là, il faut avouer que nous les connaissons mal. Nous connaissons mieux ceux qui n'ont besoin que de quelques entretiens pour sortir de leur trauma avant même que ne s'installe une névrose traumatique. Certes, les personnalités névrotico-normales semblent dominer cette population mais on rencontre aussi toute sorte de pathologies. Dans ces cas, ces patients semblent avoir un point commun : un authentique désir de savoir. Il est encore plus vrai que des personnalités pathologiques dans des circonstances qui ont blessé psychiquement leur camarade resteront indemnes. Là aussi, nous ne les connaissons pas et il est bien difficile de dire pourquoi ils n'ont pas été affectés.

La biographie

Les facteurs tenant à la biographie recoupent bien sûr généralement les problèmes de personnalité, mais ce n'est pas ici ce qui est le plus intéressant. Ces patients peuvent se partager en deux catégories, ceux dont la vie est précocement marquée par la violence, violence subie dans l'enfance puis agie à l'adolescence et à l'âge adulte, et ceux qui ont connu une succession importante de deuils (les deuils récents de personnes proches, frère ou sœur par exemple, sont les plus fragilisants).

Événements de vie, antécédents personnels et familiaux ayant rapport avec le traumatisme

Il va nous falloir citer des exemples tellement ce groupe est hétérogène.

- Ce soldat a perdu son frère dans un accident de la circulation trois mois avant d'aller au Zaïre transporter des cadavres.
- Cet autre a un petit neveu qui avait un an avant son départ pour Sarajevo. En patrouille, il découvre un charnier sur lequel, bien en évidence, était déposé le corps d'un enfant de cet âge. Aussi bouleversé que lui, le camarade qui l'accompagnait a le réflexe absurde d'uriner sur le petit cadavre. Il se protège par la dérision du trauma (attitude souvent rencontrée dans de telles circonstances). Mais il aggrave celui de l'autre soldat.
- Cette victime de l'explosion d'AZF, prise en charge seulement maintenant, gravement traumatisée, retrouve dans ses souvenirs que son père avait exactement les mêmes comportements que ceux qu'il a aujourd'hui : insomnies, semi-mutisme, tendance à s'isoler ou à partir pour de longues promenades solitaires. Il se souvient maintenant aussi que son père, au sortir d'un camp de déportation en Autriche, avait participé avec des gens de son ancien réseau aux massacres de collaborateurs. Écœuré, il avait fui leur groupe mais était resté traumatisé.

Le fantasme inconscient

Les psychanalystes insistent beaucoup sur le moment où survient le choc traumatique par rapport au fantasme inconscient, un petit peu comme si, pour reprendre notre schéma du premier chapitre, le réseau des signifiants sous la surface du pare-excitations pouvait, en fonction de ce qui le constitue, faire qu'il y ait là un point de fragilité. Ce que l'on rencontre le plus souvent dans cette fonction dont on pourrait dire qu'elle est une fonction d'appel à l'image du réel, ce sont justement des désirs de mort envers un ou plusieurs autres. Tel passager du RER qui, toute la journée, a rêvé de tuer son chef de bureau, voit tout à coup la mort se tourner vers lui. C'est dans cet exemple la manifestation consciente d'un fantasme inconscient dont il reste à dévoiler le mystère. Dans presque tous les cas que nous évoquerons dans notre chapitre sur les psychothérapies, cette dimension est présente.

FACTEURS CIRCONSTANCIELS

États physiologique et psychologique au moment de l'événement

Fenichel (Fenichel, 1945) faisait de la fatigue un des éléments les plus déterminants pour que puisse se constituer un traumatisme psychique. À l'époque, c'était surtout l'observation du milieu militaire qui fournissait ces constatations, il s'agissait pour lui de la fatigue physique, mais dans les armées, on constate aussi l'importance de la fatigue morale, de l'ennui, de la position passive ou défensive de la troupe. Plus généralement le stress est, bien évidemment, un facteur déterminant, depuis le stress banal et passager dû à une journée éprouvante jusqu'au stress majeur des camps de concentration ou des prises d'otage de longue durée. Les périodes dépressives sont un facteur de vulnérabilité que les intéressés savent très bien repérer après coup.

La blessure physique

Les maladies physiques ou une convalescence après une opération chirurgicale peuvent également favoriser l'advenue d'un traumatisme, de même que les blessures physiques. C'est évidemment le cas pour les soldats en période de guerre. Une blessure physique, pas forcément importante, entame leur « illusion d'immortalité ». Ils comprennent tout d'un coup que leur enveloppe corporelle ne les protège pas de grand-chose, si parfaite qu'elle leur soit un jour lointain apparu.

La déchéance morale

Comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire, le moment traumatique a donné au sujet le sentiment puissant et amer d'être devenu un animal ou un objet. Dans certaines circonstances, ce sentiment précède le trauma et constitue un facteur de vulnérabilité. Les psychiatres des prisons connaissent bien ce phénomène dans la population carcérale. Cela s'observe aussi chez des gens en situation d'humiliation individuelle, voire de dégradation. Leur parole ne vaut plus rien et sans doute, par cette raison, va-t-elle plus facilement les désertir en cas de menace vitale. On a pu constater cela chez les *Boat People* du Vietnam communisé, aux États-Unis dans des études statistiques, en France, lors de prises en charge individuelles.

Mauvais fonctionnement d'un groupe

Cette observation s'impose particulièrement dans les armées. Dans un groupe démoralisé, qui n'a pas confiance dans son chef, qui est traversé de conflits interpersonnels, les individus deviennent vulnérables. Chez « les soldats de la paix », la démoralisation est d'autant plus prompte à s'installer que la mission a perdu son sens : ces jeunes hommes venus pour protéger les victimes s'aperçoivent que les règles mêmes de leur engagement leur interdisent de faire quoi que ce soit, par exemple de tirer sur un sniper venant sous leurs yeux de tuer un enfant. À cela s'ajoute le fait que, au milieu de ce non-sens, ils peuvent perdre la vie. Dans de telles circonstances, la qualité des chefs à tous les niveaux de la hiérarchie est bien évidemment essentielle.

Les actions hors-la-loi

Ici aussi, nous reparlerons surtout des militaires. Dès le début de notre pratique, nous avons été frappé de ce que beaucoup, parmi les anciens combattants traumatisés, l'avaient été au cours de telles actions : représailles, exécutions de prisonniers, actions solitaires (entreprises sans ordre), etc.

Cet appelé d'origine corse revient de l'Algérie avec un bras en moins, et il reprend sa place dans sa communauté villageoise, sans le moindre trouble psychique. Quinze ans plus tard il rencontre son lieutenant qui faisait du tourisme en Corse. Ils s'installent à la terrasse d'un café pour évoquer le bon temps. Au cours de la discussion, le lieutenant lui apprend que les trois prisonniers qu'il lui avait demandé d'exécuter étaient trois frères. Peu de temps après cette révélation le sujet va très mal : en Corse, on n'éteint pas

une famille (c'est une règle sacrée qui vient de la pratique de la vendetta). Il développe une névrose traumatique qui le conduit à un alcoolisme de plus en plus sévère que rien ne pourra durablement enrayer. On peut parler ici d'un effet « d'après-coup », rare dans le « trauma de la mort ».

Origine du drame, impact des violences dues à l'homme

Les événements critiques ou les catastrophes dus à l'homme sont réputés plus traumatisants que ceux dus à la nature. La clinique nous apprend ce qui se passe entre deux individus dont l'un voit dans le regard de l'autre qu'il va le tuer. Dans ce regard, il voit non seulement l'acte qui se prépare mais quelque chose de très bizarre, une sorte de jouissance. Cette jouissance renvoie à ce que Lacan appelle « la Chose » (« *Daß Ding* » chez Freud) dans un séminaire sur l'Éthique (Lacan, 1986). Celui qui est mis en joue voit quelque chose qui existe aussi chez lui, sans qu'il le sache généralement mais pas toujours : l'attrait pour le mal absolu. Vivant Denon (Vivant Denon, 1802) raconte un épisode qu'il a vécu en Égypte avec Bonaparte : au cours d'une bataille un officier voit un soldat en train de mourir et qui rampe auprès d'un mamelouk, qui n'est pas dans un meilleur état que lui, et s'apprête à lui enfoncer un poignard dans la poitrine. L'officier l'interpelle en lui reprochant ce qu'il se prépare à faire. Le soldat français lui répond : « Mais mon lieutenant, avant de mourir, il faut bien que je jouisse un peu ! »

Dans les psychothérapies, il apparaît clairement chez un certain nombre de patients qu'ils ont compris, même si c'est de façon inconsciente comme le montrent leurs rêves, que cette jouissance ne leur est pas étrangère. Leur guérison passe par la reconnaissance de ce mal absolu chez eux (généralement dans des rêves), de cette faute originaires et qui n'est rattachée à aucun rêve précis (rêve de tribunal, d'initiation, de « castration »).

Chapitre 6

LA PATHOGÉNIE DES MÉDIAS DANS LES ÉVÉNEMENTS TRAUMATIQUES¹

DÉCOUVERTE il y a un peu plus d'un siècle, objet de nombreux travaux de la part des premiers psychanalystes, la névrose traumatique n'a pas réussi son entrée dans le savoir médical moderne. Les malades sont laissés à eux-mêmes (sauf peut-être en milieu militaire [Juillet, Moutin, 1969] [Lebigot, Vallet, Prouvost, Buferne, 1999]), mais en même temps ne paraissent pas convaincus que leurs maux soient du ressort de la médecine.

Cette situation absurde est en train de changer. Les actions terroristes de la fin des années soixante-dix et des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix amènent les médias à s'intéresser, en fonction de l'actualité,

1. Article paru dans *Confrontations psychiatriques* sous le titre : « Enfer du trauma et angélus médiatique. La pathogénie des médias dans les événements traumatiques », n° 40, 1999, avec la collaboration de D. Wintrebert.

au traumatisme psychique. Dans le même temps, le plus influent d'entre eux, la télévision, se débarrasse de la tutelle de l'État et s'efforce de combler les attentes du public : la manière de traiter les événements, par exemple les faits divers et les catastrophes collectives, va se modifier. Ces changements vont avoir un impact sur nos patients. Nous avons vu qu'ils ne pouvaient trouver à l'intérieur d'eux-mêmes un mécanisme capable de « traiter » la scène qui a fait effraction. Peu à peu ils vont être confrontés, dans le monde, à des images et des informations qui vont s'adresser directement à ce « corps étranger interne ».

Avant d'examiner l'impact des médias sur ces patients, nous rappellerons ce qu'est une névrose traumatique et comment ils évoluent. Puis nous verrons les modes habituels d'engagement dans un processus thérapeutique. Ce sont les deux points sur lesquels il nous faudra juger de l'influence de la médiatisation. Enfin, nous terminerons sur une question : le corps médical en France est-il prêt à accompagner les évolutions qui se dessinent ?

Depuis quelques années, une pratique s'est instaurée dans le civil et dans l'armée : l'intervention immédiate, sur les lieux du drame, ou dans les deux-trois jours qui suivent (Lebigot, 1998).

Il a été reproché à la « cellule d'urgence médicopsychologique » (*cf. infra*) d'intervenir auprès des victimes sans attendre qu'une demande de soins soit énoncée. L'expérience montre qu'au sortir d'un traumatisme psychique le sujet n'imagine aucune interlocution possible pour l'horreur qu'il a traversée, pas même avec ses proches. Il ne sait que faire de ce réel de la mort qui a fait effraction en son intimité. L'enjeu d'une rencontre à ce moment-là est plutôt de prévention, mais elle peut constituer aussi le premier temps d'un soin à venir. Pour le sujet s'ouvre un espace pour la parole, alors qu'il part d'une position du type : « Personne ne peut me comprendre. » Sollicité, il se met à dire, à tenter d'expliquer ce qui lui est arrivé, et finalement à exprimer sa surprise de s'être senti « écouté ». L'événement l'a plongé dans ce que Lacan appelle une « inhumaine solitude », parce que dans le moment de l'effroi le langage l'a abandonné. La rencontre qui lui est proposée lui permet de revenir dans la « communauté des vivants » (Daligand, Cardona, 1996).

Pour certains, cette rencontre sera la seule. Elle a pour effet le plus visible de leur permettre d'aborder avec leur entourage l'enfer qu'ils ont traversé et, sans qu'ils en soient nécessairement conscients, de mettre en mouvement le travail associatif, d'autres entretiens n'étant pas ressentis comme nécessaires. Pour d'autres, surtout si apparaît le syndrome de répétition, il se révèle que la marque traumatique et ce qu'elle a réveillé

sont restés intouchés. Désemparés, ils s'isolent à nouveau à moins qu'on ne vienne les solliciter encore à bref délai ou que la première rencontre les pousse à rechercher le même interlocuteur.

Une information donnée là où vient de se produire le drame sur ses conséquences psychiques possibles, et sur l'existence de lieux pour venir en traiter, favorise également une démarche thérapeutique, d'autant plus que l'entourage a lui aussi reçu la même information. Si rien n'est fait, ni abord initial, ni information, le patient se sent abandonné, abandon qui vient répéter l'abandon contemporain de l'effroi. Prévenir et faire cette offre apparaît alors comme un « don de la parole » (Lacan).

Nous le verrons au chapitre suivant, le discours des médias produit l'effet inverse : il se substitue à la parole des « victimes » en leur écrivant un rôle, toujours le même, dans une tragédie dont le ressort est une faute réelle.

Ainsi cette mère dans l'avion de retour vers la France, transportant avec elle deux urnes contenant les cendres de ses enfants noyés par la vague du tsunami. Elle est encore dans le déni. Elle lit et relit son histoire étalée pleine page dans le journal local distribué dans l'avion. Heureusement le déni est plus fort que l'écriture du journaliste, ou bien comprend-elle mal l'anglais.

L'intervention des médias

Avant l'omniprésence des écrans de télévision, les plus anciens d'entre nous se souviennent de ce personnage des rues typique des grandes villes : le crieur de journaux. D'une voix sonore il alléçait le passant avec un fait divers saignant qui valait bien que l'on donne quelques sous pour en connaître les détails. Certains médias ont toujours compté sur le drame et l'horreur pour faire fructifier leur commerce mais, avec la possibilité nouvelle qui leur a été donnée de ne plus seulement raconter mais de faire voir, ils sont devenus plus brutaux. Brutalité dans le recueil des images, violence des images imposées au téléspectateur (Damiani, 1997).

Faisant état d'une enquête lancée auprès de personnes touchées par le détournement de l'Airbus d'Air France en décembre 1994 ou par l'attentat de Saint-Michel en juillet 1995, Patrick Lagadec et Françoise Rudetzki (Lagadec, Rudetzki, 1997) nous donnent des exemples concrets (et ahurissants) des méthodes employées. Ces journalistes ne représentent pas toute la profession, ils appartiennent néanmoins à de grands médias nationaux. Les auteurs parlent d'un deuxième traumatisme pour les victimes.

Dans un entretien avec Patrick Lagadec (Lagadec, Scanlon, 1995), Philippe Dessaint, lui-même journaliste, dénonce :

« [la recherche d']un matériau audiovisuel insoutenable, qui n'apporte aucun élément informatif mais qui a surtout un côté insupportablement racoleur dans une émission grand public. Juste du voyeurisme. Juste de quoi arracher en coulisse un dérisoire : “ Eh bien, coco, ça c'est de la bonne image ”. Et on redonnera les mêmes images émotionnelles à chaque reprise de l'affaire ou du thème - notamment à chaque anniversaire. »

Il y a donc une pathogénie des médias avant même que leur production ne soit livrée au public, au moment de leur intervention *in situ*. Nous les verrons agir (*cf. infra*) à Qana, au Sud Liban, et représenter alors un facteur traumatique pour les sauveteurs. Citons plus récemment le comportement des preneurs d'images à l'enterrement des jeunes victimes de l'avalanche des Ores, à Montigny-le-Bretonneux : bousculant des groupes de parents pour avoir un « meilleur angle de prise de vue », transformant ce qui devait être un temps de recueillement et l'accomplissement grave d'un rite collectif en un vulgaire spectacle. « On nous a volé notre deuil », disait une mère. Parfois, les médias n'hésitent pas à faire courir des dangers aux victimes sous le prétexte, évoqué avec beaucoup d'assurance par un responsable d'une grande radio nationale, que « chacun doit faire son métier ». En effet, une télévision installée dans le studio permettait de faire en direct le commentaire des préparatifs puis de l'assaut, par le GIGN, de l'Airbus Alger-Paris immobilisé sur l'aéroport de Marseille. Si les preneurs d'otages avaient eu un simple transistor, l'affaire aurait pu se terminer en carnage.

Les associations de victimes et d'aide aux victimes disposent d'autres témoignages, plus stupéfiants encore, dont quelques-uns figurent dans les articles que nous avons déjà cités (Lagadec, Rudetzki, 1997, et Lagadec, Scanlon, 1995). D'après certains journalistes, la déontologie n'est pas enseignée dans leurs écoles, et la charte censée réguler leurs activités date de 1901.

Mais les journalistes ont aussi leurs défenseurs. Pour Crocq :

« [ils] ne font que répondre au désir de leur public. Ils ne sont pas les “guides” machiavéliques du public, mais le miroir de son âme. » (Crocq, 1996).

Michel Wieviorka et Dominique Wolton, deux universitaires, voient, eux, dans ce traitement de l'information sanglante l'effet d'un état historique de nos sociétés (Wieviorka, Wolton, 1987). Les journalistes

partageraient avec le public un goût secret pour la transgression des « lois les plus élémentaires de l'humanité », goût « refoulé » dans une époque qui « officiellement et légalement » bannit la violence. À notre avis, c'est moins le bannissement de la violence que le déni qui porte sur ce « goût » des hommes pour la transgression qui caractérise nos sociétés, et qui s'accompagne d'un déni croissant concernant la mort (Ariès, 1973). À l'occasion d'événements tragiques, celle-ci est présentée dans l'emballage habituel de la fiction par les médias (le roman policier comme le film « de gangsters » confortent le déni). Elle exerce alors un attrait considérable tant chez ceux qui produisent l'information que chez ceux qui la consomment.

La même information va être reçue bien différemment par celui pour qui la mort est devenue en un éclair, au-delà de sa réalité, un *réel*. Elle influera sur son devenir, proche ou lointain, de deux manières. Par les images proposées d'abord, essentiellement lors de ce rituel quotidien qu'est devenu le journal télévisé (appelé parfois « l'angélus du soir » parce qu'il donne le signal du repos après une journée de travail [Crocq, 1996]). Mais aussi par le commentaire qui accompagne, dans les journaux, à la radio, à la télévision, les événements-catastrophe.

Citons enfin l'avis nuancé de Françoise Rudetzki :

« Les médias nous ont aidés dans notre combat. Sans les médias, les victimes ne seraient pas sorties de l'ombre et nous n'aurions pu obtenir toutes ces avancées juridiques. Par contre, il y a de la part de certains médias une dérive que nous, victimes, nous ne pouvons plus accepter. » (Rudetzki, 1995).

Dérive dont l'auteur donne quelques exemples particulièrement choquants.

Pathogénie des images

Nous avons vu à propos du traitement des névroses traumatiques anciennement installées que le patient pouvait être réticent à voir disparaître son syndrome de répétition et que, consciemment ou non, il était attaché à la scène traumatique, fasciné par elle. Des mécanismes de défense se sont mis en place permettant de limiter les effets destructurants de cette effraction dans l'appareil psychique du réel de la mort. On a vu aussi que l'échec de cette limitation conduisait à la folie ou à la mort. Aussi l'attrait morbide et périlleux qu'exercent « ses » images sur le sujet aura-t-il sa part dans cette pathogénie des médias.

Ce rapport à l'horreur ne nous est pas complètement étranger. Il est observable aussi bien dans la vie quotidienne que dans la vie des nations. Et la perpétuation des guerres, de génération en génération, témoigne peut-être moins d'un manque de sagesse chez les hommes que d'un obscur et puissant désir de voir couler le sang. Pour des raisons qui tiennent vraisemblablement à son rapport à l'« originaire » freudien, l'être parlant est fasciné par l'horreur. Il tente de s'en approcher jusqu'au point de réel où elle pourrait faire trauma. Dans ce mouvement qui reste malgré tout précautionneux, la télévision met en place un dispositif idéal. Ce ne sont que des images et, en tant que telles, elles sont impuissantes à faire franchir au sujet la limite, à provoquer l'effraction. L'horreur peut y être savourée à loisir sans danger.

Les journaux télévisés, certaines émissions médicales ou d'actualité comptent sur ce penchant inavoué pour améliorer leur « audimat ». Il faut avoir vu les journalistes procéder sur le terrain pour se rendre compte de cet impératif pour eux, tout interdit allègrement transgressé effectivement, de chasser l'image choc, celle qui provoquera chez le spectateur la plus violente émotion. Après le bombardement du PC de la FINUL à Qana au Sud-Liban en 1996, plus que le terrible spectacle, le traumatisme fut pour quelques-uns des Casques bleus français, venus porter secours, les agissements des journalistes mettant en scène pour les caméras des corps horriblement mutilés, un enfant décapité, etc., sans que personne ne puisse les rappeler à la décence (Gautier, 1998).

L'image choc, le névrosé traumatique l'a à l'intérieur de lui, prête à ressurgir. En particulier dans les situations où le réel se montre à nouveau. L'évolution du trouble est donc en partie dépendante de facteurs externes. Le plus souvent, les rechutes (ou même le déclenchement) sont liées à des événements qui ont un rapport avec les circonstances ou la nature du trauma. C'est généralement la télévision qui fournit aujourd'hui ces occasions. Les images d'un massacre en Afrique replongeront dans l'angoisse et les cauchemars un ancien des guerres coloniales ou des interventions « humanitaires ». Tout attentat montré à l'écran agira de même sur les rescapés des attentats précédents, particulièrement quand le blessé lui-même apparaît répétitivement à l'écran, filmé sur une civière ou un lit d'hôpital. Tout carambolage sur l'autoroute atteindra le spectateur victime dans le passé d'un accident de voiture, toute agression sanglante savamment mise en scène par les caméras de télévision, etc. Souvent, quelles que soient les circonstances, la seule vue de la violence et du sang, présentée avec le parti pris de ce média de bien faire voir, met en marche le syndrome de répétition traumatique, parfois pour une longue période, ou aggrave son incidence. Les

psychiatres redoutent ces irruptions fracassantes du réel dans le cours de leurs prises en charge de ces sujets, qui se traduisent par des temps d'intense souffrance ou des passages à l'acte graves (généralement des tentatives de suicide).

Les conséquences des images « à chaud » sont parfois aussi imprévisibles que néfastes. Ce sujet a été filmé et interviewé le lendemain de l'attentat, sur son lit d'hôpital, couvert de bandages, après avoir été amputé. Il a accepté journalistes et caméras « parce que je ne voulais faire souffrir personne comme j'avais souffert, je ne voulais pas que les journalistes souffrent si je refusais. » La séquence dure deux à trois minutes, son nom et son prénom sont incrustés au bas de l'image, et le lieu du tournage a été indiqué. Le lendemain, il reçoit un coup de téléphone injurieux et très menaçant. Il prend peur. Les poseurs de bombe vont vouloir « achever leur travail ». La chaîne lui envoie la cassette de son interview. Il ne veut pas la voir : « Je l'ai balancée à Françoise R. comme on balance une bombe. » Une névrose traumatique s'installe rapidement, dominée par la crainte d'être recherché par les terroristes. Il n'ose pas sortir de chez lui, guette les bruits dans les escaliers. Il faudra une longue hospitalisation en psychiatrie pour que le sentiment de menace s'estompe.

L. Crocq rappelle que :

« [...] des médecins urgentistes ont souvent déploré que les grands blessés se soient trouvés choqués en se découvrant déchiquetés et sanglants sur les écrans de télévision et les photographies en couleur des magazines à spectacle, alors que, jusqu'alors, ils ne se voyaient pas dans cet état. Par la maladresse des médias, l'altération de l' " image du corps " est devenue, pour ces blessés, un phénomène visible, concret, et qui demeurera tenace. Certains blessés se constituent même un dossier, qu'ils contemplent ensuite itérativement dans une fascination morbide qui désespère leur psychiatre. » (Crocq, 1996).

Ces histoires et bien d'autres plaident pour que les journalistes soient empêchés de filmer les patients rescapés sur leurs civières, dans les ambulances, les hôpitaux et les centres de consultation. Sur les lieux du drame, il est préférable que sauveteurs et victimes s'abstiennent de toute communication à la presse : leur état émotionnel les amène à tenir des propos qu'ils pourront regretter par la suite. De surcroît, ils et elles sortent souvent choqués, ahuris, profondément blessés du montage qui a été fait de leurs interviews et en dénature le sens (Damiani, 1997).

D'autres images sans rapport avec l'actualité peuvent entraîner des ravages. Ainsi une publicité pour une marque de « jeans » a suscité un

grand émoi en Argentine. Elle représente des jeunes gens au fond de l'eau, les pieds coulés dans du béton. Si la stupeur horrifiée, combien légitime, est du côté des familles des disparus, on peut par ailleurs s'interroger sur les effets d'une telle représentation sur ceux qui ont assisté à ces atrocités à leur corps défendant.

Certaines familles éprouvées dans l'un des leurs, censurent la télévision, se privent des informations de 20 heures, particulièrement riches en drames de toutes sortes sur les chaînes généralistes, sélectionnent des émissions a priori inoffensives. Ou bien les intéressés eux-mêmes savent quand il faut s'éclipser. Parfois néanmoins, l'horreur les attire irrésistiblement et ils prennent le risque d'une réapparition ou d'une flambée de leurs symptômes, avec des conséquences imprévisibles.

Pathogénie du discours

Suggérer le pire

Ces images dramatiques dont abusent les télévisions sont accompagnées d'un commentaire très particulier. Le discours exalté du commentateur est fait pour accentuer le sentiment de catastrophe et d'irréversible. Il laisse souvent entendre que le « bilan » pourrait être pire encore que ce que l'on sait, ou voit, déjà. Il s'attache éventuellement à décrire les scènes particulièrement atroces qu'il n'a pu filmer, mais il fait parfois état aussi d'une autocensure comme si, au-delà d'un certain point, la jouissance des spectateurs pouvait se démasquer et se retourner en colère indignée contre la chaîne. Jeu subtil. Dans tous les cas, pour nos patients, le commentaire accentue les effets des images.

Depuis quelques années, quelque chose qui ne se voit pas est pourtant montré à la télévision : les perspectives de souffrance psychique à long terme pour certaines victimes. Ce sont les attentats terroristes et les prises d'otages qui en ont fourni l'occasion. Il s'agissait d'abord pour les rescapés d'utiliser l'influence des médias sur l'opinion publique pour faire valoir leurs revendications. Les souffrances psychiques devaient, comme les blessures physiques, être indemnisées. Avec l'aide de la presse, « SOS Attentats » est parvenu à amorcer une prise de conscience collective concernant l'existence de séquelles post-traumatiques durables (Rudetzki, 1995). Plus récemment - prise d'otages de l'Airbus Alger-Paris, effondrement de la tribune du stade de Furiani, attentats à Paris - des journalistes sont allés également interroger des psychiatres. La recherche du « sensationnel » a prévalu à chaque fois. Soit que les « experts », pris « à chaud » dans l'événement et pour « faire court », aient caricaturé leur pensée, soit que les

journalistes aient découpé dans leurs déclarations les extraits qui leur convenaient, les malheureuses victimes se voyaient promises pour l'avenir au destin le plus noir. Il en est résulté un discrédit concernant les psychiatres chez ceux-là mêmes qui auraient gagné à y avoir recours.

Au terme d'une enquête minutieuse, P. Lagadec et J. Scanlon donnent parmi les quatre « interventions pouvant avoir un effet aggravant direct sur les familles ou les otages libérés » (de l'Airbus Alger-Paris),

« [l']intervention d'un psychiatre énumérant dans le détail tous les éléments d'horreur vécus par des passagers, et toutes les séquelles qui peuvent ensuite apparaître ; détails sur les traumatismes que vont connaître les victimes. » (Lagadec, Scanlon, 1995, TF1, 25 XII ; France Soir, 27 XII).

On peut retenir de cette période d'une vingtaine d'années que le discours diffusé par les médias a permis que s'ébauche une prise de conscience parcellaire mais dramatisée de l'existence des troubles psychiques post-traumatiques. Il est encore difficile d'apprécier dans quelle mesure elle brisera la résistance des patients à aller déposer leurs symptômes dans le champ de la médecine. Les psychiatres, eux, ont beaucoup perdu à fréquenter les journalistes.

D'innocentes victimes : à qui la faute ?

Les événements catastrophiques font l'objet d'un autre type de commentaire, en soi légitime le plus souvent, mais qui laisse les victimes très désarmées s'il fait office de vérité unique sur le trauma. Il s'agit de la recherche du ou des coupables, par négligence, incompetence ou pratiques criminelles. Cette traque des responsables jouit, comme l'horreur à laquelle elle fait pendant, d'une très grande faveur dans le public. Chez les patients, elle donne de la force au scénario fantasmatique qui fait d'eux de pures victimes ayant droit à une réparation dans tous les sens du terme. Le risque que prend alors le sujet, c'est de ne pas faire la distinction entre l'événement dans lequel il a été pris, là effectivement il n'y est le plus souvent pour rien, et les troubles qui vont en résulter.

Ce qu'il va faire de son trauma, qu'il veuille ou non le savoir, engage sa responsabilité. Les manifestations qui vont apparaître sont de la même « matière » que celle dont il est fait. Et, comme nous l'avons déjà laissé entendre, si injuste que cela soit, le traitement nécessite que la victime se considère à un moment ou à l'autre comme l'auteur de ses symptômes (Lebigot, 1997).

La capacité à s'identifier aux victimes est une caractéristique de nos sociétés. Les contemporains de la destruction de Pompéi n'exprimaient que la joie sans mélange d'avoir été épargnés. Au milieu du XVIII^e siècle, quelque chose de nouveau apparaît. De nombreux écrits de l'époque témoignent d'un besoin de s'identifier aux victimes, de prendre part à leur tragédie, et cachent à peine qu'il y a une certaine jouissance à le faire. En 1756, Edmund Burke parle à ce propos de « sublime terreur » (Brassart, 1992). Depuis cette époque, cette capacité d'identification a conduit à ce qu'une solidarité de la nation tout entière avec ceux que le malheur a frappés se traduise dans des lois en leur faveur. Mais la lucidité des hommes du XVIII^e siècle s'est perdue. La jouissance non reconnue est devenue sentiment de culpabilité, avec tous ses avatars. Tout est fait, au moins dans un premier temps, quand l'émotion est encore vive, pour que la victime puisse considérer que la société a contracté une dette à son égard. Les médias privilégient ce point de vue, aux dépens de la notion de solidarité qui suppose une faute originelle également partagée (Lebigot, 1997). L'insistance mise sur la désignation de coupables entre dans ce canevas et pèse dans le sens de la résistance à la thérapeutique. Nous avons déjà vu ce phénomène se produire parfois spontanément chez nos patients traditionnels.

Le tournant de 1995

L'attentat du RER à Saint-Michel le 25 juillet 1995, et la certitude que d'autres attentats suivraient, a provoqué une réaction du pouvoir politique concrétisant la solidarité de la nation avec les victimes. Une « cellule médicopsychologique d'urgence » a été créée par le gouvernement pour apporter l'aide de spécialistes sur les lieux mêmes du drame et en d'autres lieux dans les jours qui suivent. Cela répondait à une demande faite depuis plusieurs années par l'association « SOS Attentats » (Rudetzki, 1992).

La presse dans son ensemble a fait un très large écho à la création de cette cellule. Les psychiatres et psychologues ont dès lors disposé dans les médias d'un peu plus de temps ou de lignes pour s'expliquer sur leur action et ce qui la justifie. L'information est bien passée puisque dès le 17 août, lors du deuxième attentat de cette série, les victimes et impliqués connaissaient souvent l'existence de soins spécialisés en pareil cas. Depuis trois ans maintenant, à chaque catastrophe survenue sur le territoire national, ou touchant à l'étranger des ressortissants français, les médias mentionnent simplement la présence de psychiatres et de psychologues sur le terrain, comme si la chose allait de soi. Un pas a été franchi. Le public est mieux informé du sérieux éventuel des troubles

psychiques post-traumatiques et de l'existence de soins spécialisés. Des associations de victimes, des entreprises ou institutions (SNCF, RATP, Police, banques...), des organisations exposées (humanitaires) recrutent des psychologues, voire des psychiatres, et leur assurent une formation (qui ne nécessite que quelques heures d'enseignement et d'échanges, s'il s'agit de psychothérapeutes confirmés). Même l'armée, qui dispose traditionnellement de tout le personnel médical nécessaire, est plus attentive à prévenir les séquelles psychotraumatiques (Lassagne, Dubelle, 1998).

Les médias ont joué ici leur rôle d'informateurs et ont grandement favorisé un changement d'attitude de l'ensemble de la société par rapport à ces problèmes. Ce changement est très sensible parmi nos patients, qui se laissent plus facilement adresser à un psychiatre. Aux modes traditionnels de rencontre avec eux, se sont ajoutés les effets des interventions immédiates ou « post-immédiates » (Daligand, Cardona, 1996 ; Raingeard, Lebigot, 1994).

Certains ont été vus au moment de l'événement, ou lors d'un débriefing collectif dans les jours qui suivent. Un contact s'est noué et l'idée d'un travail à faire ensemble s'impose d'elle-même quand c'est nécessaire. Généralement, dans ces prises en charge précoces, un petit nombre d'entretiens s'avère suffisant.

Parfois c'est l'entourage, ou le médecin du travail, qui provoque la consultation. Là aussi, c'est très nouveau.

Parfois enfin, ce sont des tiers plus lointains qui provoquent la rencontre : associations de victimes ou d'aide aux victimes, assistantes sociales, chirurgiens attentifs ayant traité les blessures physiques, etc.

Il est vrai que, comme autrefois, les consultations spontanées pour un syndrome de répétition restent exceptionnelles. Ce qui a changé, et c'est déjà beaucoup, c'est que les patients se laissent plus facilement convaincre par des gens autour d'eux qui disposent maintenant de plus d'arguments parce qu'ils sont mieux informés.

Nous le voyons, les médias n'ont pas eu que des effets négatifs. Si leur appétence pour l'horreur aggrave l'évolution des malades, si leur recherche du sensationnel a un temps disqualifié les thérapeutes, ils ont cependant favorisé une prise de conscience : le traumatisme psychique peut provoquer des troubles durables, éventuellement graves, et en totalité ou en partie curables. Néanmoins, ce dernier point les intéresse peu, sauf s'il s'agit de montrer ou décrire (rarement) des méthodes thérapeutiques aussi spectaculaires que contestables : laboratoires de déconditionnement suréquipés d'appareils sophistiqués, séances d'hypnose ou de mouvements oculaires, etc.

Le corps médical et la « victimologie »

Chacun peut maintenant le constater, il est devenu habituel que les médias signalent, à propos d'une catastrophe, l'intervention de psychiatres et de psychologues. Ils considèrent comme acquis que tout traumatisé peut trouver un interlocuteur spécialisé.

Or il n'en est rien (Lebigot, 1998). Les psychiatres ont été touchés par l'émergence de ce qu'il est convenu d'appeler la « victimologie » en même temps que le public. Ni leurs études, ni les revues ou traités qu'ils lisent ne les ont préparés, dans l'ensemble, à aborder ce type de patients. Aucune étude n'a encore mesuré ce phénomène pourtant très perceptible pour qui travaille dans ce champ : la plupart des premières rencontres psychiatre-névrosé traumatique sont des rencontres ratées. Elles laissent les patients dans un désarroi plus grand encore que celui qui avait déterminé la consultation. Il faut savoir aussi que de plus en plus souvent les préfets désignent des psychiatres pour intervenir dans des situations de drames collectifs, sans que ceux-ci y soient le moins du monde préparés.

Mais la profession réagit vite. Depuis deux ans, les lieux d'enseignement de la « victimologie », terme bien mal choisi, se multiplient. La formation médicale continue, à Paris et en province, privilégie ce domaine et organise des sessions avec des quotas maximums de participants à chaque fois. Heureusement il faut peu de chose pour faire d'un psychiatre consciencieux un bon « victimologue ». Reste à informer les médecins généralistes et les chirurgiens, premiers interlocuteurs de ces patients en particulier dans les cas d'agression, de viol, d'accidents domestiques, de la circulation ou du travail, etc.

Conclusion

Les médias sont le reflet de la société qu'ils ont la tâche d'informer et de divertir. La brutalité de leurs interventions sur le terrain des catastrophes dit quelque chose des attentes d'un public formellement policé. Images et commentaires, sous couvert de produire de l'information, visent d'abord à fabriquer de la jouissance. Les patients en proie au traumatisme ne s'y trompent pas : derrière la réalité qui leur est montrée, ils perçoivent que ce qui est traqué c'est le réel. Ils perçoivent moins bien en revanche que ce qu'il s'agit de cacher, c'est la part que prend chacun au désordre du monde. Or la voie de la guérison nécessite de s'ouvrir à nouveau à ce que Paul Ricœur nomme « la culpabilité métaphysique » (De Solemne, 1998). En d'autres termes, se reconnaître un parmi les autres. Les images renvoient les victimes à leur cauchemar,

le discours pourrait, en accentuant l'axe innocent-coupable, les priver d'une action sur ce qui ressemble pour eux, maintenant, à un destin.

Néanmoins, avec les années, de véritables informations ont fini par émerger. Elles ont abouti dans un premier temps à ce que soit mis en place un système d'indemnisation pour les victimes après avoir fait connaître la réalité des troubles psychiques post-traumatiques, méconnue des psychiatres eux-mêmes.

Actuellement c'est l'existence de soins spécifiques que les médias ont, sans trop le savoir, imposée. Reste au corps médical à mesurer ce dont il s'agit.

Notons que depuis l'époque où a été écrit cet article, celui-ci est maintenant très largement informé de ce nouveau champ psychopathologique.

PARTIE 2

THÉRAPEUTIQUE

JUSQU'À une époque récente, les psychiatres ne connaissaient pas la névrose traumatique et les patients ne venaient pas s'adresser à eux. En milieu militaire, peu de traitements étaient entrepris dans les hôpitaux et les anciens combattants ne faisaient pas non plus de démarches thérapeutiques. La guerre du Vietnam, qui a semblé, dix ans après, faire peser une menace sur les États-Unis à cause des troubles que présentaient les GI (meurtres, suicides relatés par la presse), a amorcé un vaste mouvement de prise en compte des syndromes psychotraumatiques. Toute une littérature concernant ce sujet a commencé d'apparaître dans les revues spécialisées (Crocq, 2000).

Contrairement aux Européens, les Américains, depuis la Seconde Guerre mondiale, n'avaient pas cessé d'envoyer des psychiatres et des psychologues avec leurs troupes, en particulier en Corée et au Vietnam. Ainsi, dans les années quatre-vingt, les syndromes psychotraumatiques traversèrent-ils l'Atlantique et apparurent dans les manuels de psychiatrie européens (Lemperière, 1983). Les psychiatres militaires français ont commencé alors à disposer d'arguments pour que ces questions soient prises au sérieux par le commandement. Par ailleurs, les problèmes psychiques présentés par nos « soldats de la paix » au Liban en 1982 ont imposé comme évidence que nous devions prendre modèle sur l'armée américaine. Aussi en 1991, cinq psychiatres furent-ils envoyés dans le Golfe (Lafont, 1998). En 1994, l'un d'entre eux sera à Goma au Zaïre (D. Raingeard, 1995). En 1995, ils étaient deux à partir pour l'ex-Yougoslavie, à la suite de la prise en otage par les Serbes de Casques bleus français. Depuis cette époque, chaque mission

un peu importante est accompagnée d'un psychiatre, d'un infirmier psychiatrique (Devillières, 2001) et d'un chauffeur (le chauffeur est très important pour leur autonomie de déplacement). Ces missions ont été l'occasion de fonder une doctrine de la psychiatrie militaire en opération (Lafont, 1998). Il était intéressant pour nous aussi de confronter nos principes d'action à ceux qui étaient exposés abondamment par d'autres armées et en particulier l'armée américaine. L'expérience acquise par les militaires a été fort utile lors de la création des cellules d'urgence médicopsychologiques et en participant à leurs interventions, ceux-ci ont affiné leurs savoir-faire. Peu à peu, une doctrine plus universelle que celle exposée par Bernard Lafont en 1998 s'est constituée concernant les modes opératoires des intervenants en psychotraumatologie.

Il y a trois temps pour le traitement des séquelles présentes et à venir du traumatisme psychique qui se distinguent par le dispositif et les techniques employés.

- *Le premier temps correspond aux soins immédiats* aussitôt que possible après l'événement critique, par exemple près de la bouche de métro dans un attentat du RER, au service des urgences de l'hôpital dans un accident de la circulation, au retour des soldats à leur base après un engagement meurtrier ;
- *Le deuxième temps correspond aux soins post-immédiats* ; ils ont lieu dans les jours qui suivent, lorsque la situation s'est stabilisée et que, surtout, les individus ont retrouvé un certain contrôle émotionnel. Ils font appel, comme nous le verrons, au débriefing individuel ou collectif, à un simple entretien ou à un groupe de parole. Ces interventions sont suivies d'au moins une rencontre avec le ou les « psys » qui les ont organisées ;
- *Le troisième temps correspond aux soins différés ou à long terme.* Sinon dans l'abord un peu particulier que requiert l'expérience traumatique elle-même, ils se différencient peu d'une prise en charge thérapeutique de névrotiques avec la méthode dont le psychothérapeute est coutumier. Ces soins peuvent être de courte durée, même si l'on parle de psychothérapie à long terme, ou se prolonger pendant des mois ou des années.

La catharsis ouvrira cette deuxième partie parce que c'est un concept ancien toujours actuel.

Nous terminerons avec quatre comptes rendus de traitements psychothérapeutiques chez des patients ayant présenté un traumatisme psychique sévère.

Chapitre 7

CATHARSIS ET PSYCHOTHÉRAPIE

À LA SUITE d'événements traumatisants, il est habituel de prôner ce qui est communément appelé l'abréaction. Cette technique consiste à encourager le rescapé, voire à lui suggérer fortement, d'exprimer le plus possible ses émotions, son angoisse, son profond bouleversement. Exprimer par des mots, des cris, des larmes, des gestes le contenu de ce qui jaillit important peu. Le sujet est censé rejeter, de cette manière à l'extérieur le quantum débordant de douleur psychique qu'il a ressenti et qu'il ressent encore.

Si on se situe dans le registre hystérique de la théâtralisation des émotions, on s'aperçoit vite de l'inutilité et même de la nocivité de ces manifestations, qu'elles soient spontanées ou induites par des thérapeutes. Elles déstructurent encore un peu plus le sujet, et sont vouées à la répétition.

En revanche, dans ces moments proches de la catastrophe, c'est déjà la parole qui soigne. Certes cette parole s'accompagnera de manifestations émotionnelles qui peuvent être intenses (plus elle est vraie, plus elle tente de cerner l'événement). Mais ce ne sont pas celles-ci mais celle-là qui aura un effet pacificateur. Le rôle du soignant psychiatre sera d'obtenir de la victime qu'elle abandonne ses cris inarticulés, ses

interjections pour produire un récit aussi riche et ordonné que possible de l'expérience qu'elle a traversée.

Il ne s'agit pas ici d'obtenir le « récit de Théràmène » dont le professeur Crocq a bien raison de se méfier, mais une parole créatrice qui, du fait même qu'elle est possible et contourne le sentiment d'indicible, va surprendre le sujet lui-même : qu'a-t-il vu ? qu'a-t-il ressenti ? qu'a-t-il pensé aux différents moments de ce cauchemar dans lequel il a été plongé, mais aussi avant et après ?

Cet effort pour dire à quelqu'un qu'il est encore au sortir de l'enfer est une première entaille dans ce bloc de réel qu'est le trauma.

LA CATHARSIS DANS L'ANTIQUITÉ GRECQUE ET EN AFRIQUE NOIRE

Serait-ce cela la catharsis au sens que les philosophes grecs lui ont donné ? Elle s'opposerait alors point par point à l'abréaction et produirait chez le sujet un authentique soulagement, mot que l'on retrouve comme but assigné à la catharsis chez Platon comme chez Aristote. C'est effectivement ce que nous constatons dans notre pratique, ce que nous disent nos patients à l'entretien suivant : ils sont sortis épuisés de la première rencontre puis ils ont dormi comme jamais ils n'auraient cru pouvoir dormir.

« *Cathare* » en grec veut dire « propre », « pur », au sens propre comme au sens figuré et, à l'époque, religieux. La catharsis est d'abord une purification. C'est Hippocrate, le premier, qui élabore ce concept : pour lui, la bonne répartition des humeurs, clef de la santé, exige le dégorgement (la catharsis) d'une humeur surabondante (*Dictionnaire historique de la langue française*, 1993). Les philosophes, Platon et Aristote entre autres, vont tirer l'action dans le champ de la morale. Il sera question pour eux du soulagement de l'âme par la satisfaction d'un besoin moral. Au sens religieux, référence sera faite aux cérémonies de purification auxquelles étaient soumis les candidats à l'initiation, en particulier dans les mystères d'Eleusis.

Nous éviterons ici la référence au théâtre et à la musique chez Aristote (voir sur ce sujet Lacan, *Le Séminaire VII*) qui compliquerait notre propos. Ces précisions sur le champ sémantique que véhicule le mot de catharsis, vont nous éclairer sur la spécificité de son emploi dans le traitement du trauma.

En Afrique noire, les rituels thérapeutiques, lorsqu'ils visent les désordres mentaux, ont une grande force. Il s'agit à chaque fois de

réintégrer le sujet dans la communauté, de le soustraire aux forces qui l'en ont fait s'exclure. Il est moins fait appel ici à la parole du malade, encore qu'elle soit longuement entendue, qu'à la parole du groupe, toujours dissonante dans un premier temps. Il faut d'abord qu'elle s'harmonise au cours d'un ou plusieurs longs psychodrames, des « palabres » comme on dit, pour que le rituel soit efficace. Un anthropologue, A. Zempleni (Zempleni, 1968), a bien décrit cette catharsis collective. Il faut, au fond, que les désirs s'accordent et que plus rien, ni personne ne fasse obstacle au retour dans le groupe de celui qui aurait dévié sa route, qu'il l'ait voulu ou que des forces mystérieuses l'y aient contraint. Le rituel vient ensuite prendre acte du pacte renouvelé entre le sujet et les siens et en capitonner les points cruciaux de gestes symboliquement chargés. Le rituel est aussi un langage, mais plus solennel, et il engage chacun. L'émotion n'est pas absente, loin de là, des différentes phases du traitement, les trances sont fréquentes ainsi que d'autres manifestations spectaculaires qui témoignent de la gravité de ce qui est dit. Là aussi, c'est du soulagement qui est produit et exprimé après souvent qu'un sacrifice animal a été accompli.

Mais revenons en Europe. On pourrait se demander pourquoi il ne vient à personne l'idée de parler de catharsis pour l'une quelconque des phases de la psychothérapie d'un obsessionnel ou d'un dépressif.

Qu'est-ce qu'un traumatisme ? Est-ce que ce n'est pas d'une certaine manière une souillure de l'âme ? non voulue, certes, mais un vêtement ne peut-il pas se tâcher indépendamment des précautions de celui qui le porte ?

LE TRAUMA COMME SOUILLURE

Le traumatisme, cela a été dit ailleurs, par nous et par d'autres, est une transgression. Le sujet a vu, perçu, en un instant le réel de la mort. Dans son appareil psychique s'est incrustée une image qui ne devrait pas s'y trouver et qui fait tâche. Comme telle (c'est la fonction de la tâche), elle fascine. C'est-à-dire que non seulement un « corps étranger interne » est venu se loger là où il n'avait rien à faire, mais encore il se montre de manière répétitive, aux moments où il ne faudrait pas (le sommeil, par exemple), ravivant à chaque fois la honte et la culpabilité qu'a provoquées son effraction.

Honte et culpabilité, on pourrait les retrouver chez la personne de tout à l'heure, avec son vêtement tâché, dans un cocktail chic, où elle

se sent fautive et humiliée d'être au milieu des autres qui la regardent maintenant d'un air si différent, du moins le croit-elle.

Le trauma est ainsi, mais il est également beaucoup plus car sa marque est celle de l'originaire freudien, indélébile et elle exclut le sujet de la communauté des vivants. Le rescapé se sent souillé, avili, impur... On appelle ça de la dépression. Il a peur de lire dans le regard de l'autre le reflet de la tâche et il s'enfuit ou évite les rencontres... On appelle ça des phobies sociales.

De la catharsis à la psychothérapie

On comprend alors ce qui sous-tend l'idée de catharsis. Le dictionnaire de philosophie de Lalande la définit ainsi :

« Terme employé par Breuer et Freud pour désigner une opération consistant à rappeler à la conscience une idée ou un souvenir dont le refoulement produit des troubles physiques ou mentaux, et à en débarrasser le sujet. »

Quand on lit les observations de cet ouvrage collectif, le caractère impur de ces idées ou souvenirs ne fait aucun doute. C'est le moment où, dans la psychanalyse, triomphe la théorie pan-traumatique.

La catharsis est donc bien une purification et on comprend qu'elle ait été si constamment, et à tort, confondue avec l'abréaction. Seul le flux énergétique de l'expression émotionnelle semblait capable d'entraîner la tâche, ce corps étranger incrusté, dans son torrent. Reste la question de la culpabilité.

On a vu chez les anciens grecs que la purification conditionnait l'initiation. Qu'est-ce qu'une initiation sinon un accès au sens dernier du monde humain, l'arrivée au terme d'une quête où c'est le non-sens fondamental de ce monde qui apparaît ?

Au fond, l'initiation devrait arriver au trauma, au réel de la mort, mais ce qu'elle livre est encore un commentaire, c'est-à-dire de la parole (rappelons que les rêves d'initiation sont un des types de rêves qui terminent une psychothérapie d'une névrose traumatique).

Si purifié que soit l'initié, au moins un moment, des passions de l'amour et de la haine susceptibles de lui fournir un leurre dans sa marche vers la vérité, il garde toujours à son insu la troisième des grandes passions : la passion de l'ignorance (Lacan), ici passion heureuse et salutaire, appelée par d'autres l'illusion d'immortalité, qui le protège d'une vraie rencontre avec l'originaire, avec le néant. C'est la

chance que n'a pas eue le traumatisé, qui ne pourra parfois reconquérir ce qu'il faut d'ignorance que lorsqu'il sera à même de se poser cette question : « Mais de quoi donc suis-je coupable ? »

Mais là, nous sommes en un temps au-delà de la catharsis-psychothérapie, la tâche a résisté aux premières attaques de la parole pour la lier et la déliter. On a changé d'échelle et, dans la psychothérapie qui n'a plus qu'épisodiquement des rapports avec la catharsis, c'est tout l'appareil psychique qui est mis en chantier.

Thérapie et rituels

Terminons ce sujet avec un récit emprunté à un psychiatre togolais, récit d'une cure traditionnelle d'une névrose traumatique en Afrique noire (Djassao, 1994).

Madame M.

La scène se passe dans un village du Nord du Togo. Mme N., trente ans, prépare le repas. À côté d'elle joue la fillette d'une amie, âgée de quatre ans. Celle-ci tombe dans une bassine d'eau bouillante que Mme N. vient de poser à terre, et meurt un peu plus tard de ses brûlures.

L'événement déclenche chez Mme N. un état dépressif sévère, avec idées de culpabilité, puis apparaissent des cauchemars répétitifs. La question que se pose le couple N. est celle-ci : « Qui a cherché à nous nuire et pourquoi ? » Afin d'élucider cet événement tragique, un devin est consulté. Le véritable auteur du drame se révèle être un esprit, un génie, avec lequel le propriétaire de la maison que louent les N. avait pactisé. Il avait fait appel à lui pour qu'il mette fin au pillage de sa plantation en provoquant la mort des voleurs. Pour des raisons complexes trop longues à développer ici, Mme N. est entrée dans le champ d'action de ce génie, qui a trouvé ce moyen de lui nuire : la rendre responsable de la mort de l'enfant des L. et l'exposer à leurs représailles.

Le devin prescrit alors un rituel destiné à rompre le pacte qui lie le propriétaire à son génie, et un rituel thérapeutique destiné à sauver de la mort le couple N. (le mari présentant des signes dépressifs interprétés comme résultant de la fuite de son flux vital). Le rituel thérapeutique comporte deux phases. Dans la première a lieu publiquement une reconstitution des faits, au cours de laquelle l'officiant jette dans la bassine bouillante un poussin « du même âge » que la fillette, puis il enterre le petit cadavre avec ces paroles : « Emporte avec toi tous nos malheurs, détourne de nous les forces du mal. » Enfin, des libations ont lieu, où sont invoqués les génies et les ancêtres, et l'assistance procède aux ablutions qui suivent de coutume un enterrement. La cuvette est proprement lavée. Dans la deuxième partie du rituel, le devin procède à la purification de Mme N. On lui rase la tête, on la dévêt, on la lave avec la cuvette cette fois-ci remplie d'eau froide.

Puis elle met des habits neufs, ses cheveux et ses anciens vêtements sont jetés au dépotoir dans la brousse. Les N. reçoivent par la suite les mêmes condoléances que celles adressées aux parents de la petite victime, avec une note particulière d'action de grâce : « Rendons grâce aux ancêtres que vous l'avez échappé » (rappelons que les ancêtres sont en Afrique les gardiens de la parole). Désormais le couple peut sortir et reprendre ses relations sociales sans honte.

Les cauchemars de Mme N. se font de plus en plus rares, pour disparaître complètement. L'événement n'a plus « d'emprise angoissante sur elle ».

La faute d'être né

Si la catharsis est bien « une purification », « le soulagement de l'âme par la satisfaction d'un besoin moral » (Bailly A., 1956), elle ne peut être confondue avec « l'abréaction », comme il est fait souvent. Elle résulte d'un travail psychique, que seul le rite - aujourd'hui disparu - et la psychothérapie peuvent accomplir.

Le trauma souille, rend impur : les patients ne le disent pas tout de suite, mais ils le perçoivent peu à peu dans la relation transférentielle. Ce qu'ils veulent récupérer, c'est leur « dignité d'homme ». Le « besoin moral » est celui-ci : quitter la voie de l'identification à l'événement, de l'enfermement dans la souffrance, de l'exclusion des autres mortels pour retrouver leur place qui est d'être un parmi les autres, ni élu ni maudit.

La catharsis consiste alors à reconnaître pour soi cet « *ubris* » originel qu'est toute naissance, que les Grecs appelaient « la faute d'être né », c'est-à-dire de venir troubler l'ordre établi du monde.

Chapitre 8

LES SOINS IMMÉDIATS

ON SAVAIT, depuis 1915, que les soins immédiats, donnés sur le front des armées aux « blessés psychiques », pouvaient obtenir des résultats rapides, étant plus à même de restaurer les capacités opérationnelles d'un soldat que des soins entrepris dans les formations sanitaires de l'arrière. Ces soins étaient prodigués dans la zone d'action de l'unité d'appartenance du sujet qui restait en uniforme et participait aux activités du poste de secours ou du centre de triage. Un certain nombre de jeunes psychiatres qui occupaient une fonction de médecin régimentaire nous ont laissé là-dessus des témoignages intéressants (Gilles, 1916 ; Voivenel, 1991). Leur traitement était simple : repos, réconfort, écoute, sédatifs pour faciliter le sommeil. Lors de la première année de la guerre, ces patients étaient évacués sur des hôpitaux de l'arrière : 20 % seulement étaient récupérés et considérés comme aptes à poursuivre le combat. « La psychiatrie de l'avant » permit d'en récupérer 80 % environ. Le problème était plus le souci de la conservation des effectifs que le souci humanitaire.

En 1917, un psychiatre militaire américain nommé Salmon, venu préparer les troupes de son pays, avait observé le système mis en place par l'armée française, l'avait transposé et en avait établi la doctrine. Ce sont les fameux principes de Salmon : immédiateté des soins, proximité des lieux où ils sont dispensés, « *expectansy* », ce qui signifiait que le

soldat était pris en charge dans l'optique de son retour au front, enfin simplicité des moyens.

Au cours de la Seconde Guerre mondiale, l'armée française a réutilisé le principe de la « psychiatrie de l'avant » mais a laissé peu de témoignages de son fonctionnement. En revanche, l'armée américaine, jusqu'à son débarquement en Afrique du nord en 1943, avait repris la mauvaise habitude du rapatriement sur les hôpitaux de l'arrière. Les pertes psychiques devinrent à ce moment-là égales au nombre des renforts qui arrivaient. Les Américains se rappelèrent alors les principes de Salmon qui, mis en application, eurent l'effet attendu. Cette « psychiatrie de l'avant » va servir de modèle pour la mise en place des soins dans les situations de catastrophe.

LES CELLULES D'URGENCE MÉDICOPSYCHOLOGIQUES

La création en France des cellules d'urgence médicopsychologiques a été décidée en 1995, à la suite de l'attentat dans le RER à la station Saint-Michel, pour prodiguer des soins psychiques immédiats aux victimes d'attentats, catastrophes et accidents collectifs. Il était évident, pour les responsables politiques du pays, que d'autres attentats pouvaient avoir lieu. La nouveauté fut qu'en plus des soins physiques prodigués par le SAMU, il fut proposé aux victimes une aide psychique. Ces cellules sont destinées à intervenir aussitôt que possible sur les lieux de la catastrophe pour y prodiguer des soins simples et pour prévoir, si nécessaire, une prise en charge ultérieure, dans l'optique que la victime reprenne sa place dans la société, ce qui est l'analogie du retour au front pour le soldat.

Ces cellules ont été constituées dès le départ de psychiatres, psychologues cliniciens et infirmiers psychiatriques qui, tous, avaient un statut de volontaire. Elles sont hébergées par le SAMU qui leur fournit des équipements et du matériel et qui, surtout, les transporte sur le lieu de l'événement.

Dans la pratique les choses se passent ainsi : quand le SAMU reçoit un appel lui signalant l'événement sur lequel il doit intervenir, il envoie tout d'abord sur place un de ses médecins qui évalue les moyens nécessaires pour faire face à la situation. Les secours proprement médicaux partent en premier, cependant que l'équipe des « psys » se rassemble pour rejoindre ses collègues sur le terrain.

Sur place, la police a déjà établi un cordon de sécurité à l'intérieur duquel, dans le cas d'un attentat par exemple, une zone sans danger a été délimitée.

Dans cette zone, la direction des services médicaux du SAMU (DSM) a mis sur pied un poste médical avancé (PMA) où sont traités et mis en condition d'évacuation les blessés physiques. En accord avec le DSM ou sur ses indications, le psychiatre référant de la cellule établit son poste d'urgence médicopsychologique (PUMP) dans ce qui peut être une salle de café, un magasin, le hall d'un grand bâtiment, un autobus... Ce lieu est signalé par une pancarte bien visible.

Dans les grandes catastrophes se monte un « centre d'accueil des impliqués » où du personnel administratif, municipal par exemple, et des assistantes sociales s'occupent des conséquences matérielles et concrètes de l'événement pour les victimes. Le psychiatre et son équipe reçoivent dans le local du PUMP les gens manifestement troublés par ce qu'ils viennent de vivre et qui leur sont envoyés par les pompiers, la police, le PMA ou les infirmiers psychiatriques qui ont reçu la tâche de parcourir le terrain. Ils s'en occupent individuellement dans des échanges assez courts ou collectivement dans des ébauches de groupes de parole. Ils interviennent aussi dans le PMA, à sa demande, lorsqu'un blessé physique présente aussi des troubles psychiques. Les sujets les plus perturbés (confusions, grands états anxieux, états de sidération massive) sont accompagnés sur le PMA pour être évacués vers des services hospitaliers. Les psychiatres ont avec eux des anxiolytiques à durée de vie courte qu'ils peuvent distribuer si nécessaire.

L'action de la CUMP est complexe, et par rapport au modèle que nous venons de décrire elle peut varier considérablement d'un événement à l'autre. Il est certain que ce dispositif n'est pas adapté à un grand carambolage autoroutier qui s'étale sur des kilomètres, ni à un accident meurtrier très ponctuel comme celui qui a touché les employés du chauffage urbain à Paris qui effectuaient une réparation sous la chaussée. Le psychiatre référant doit faire preuve d'imagination pour s'adapter à des situations très diverses qui ont toujours un caractère imprévu, voire imprévisible.

On trouvera dans l'article de P. Louville (Louville, 2001) de nombreuses références bibliographiques d'articles décrivant divers types d'intervention. Pour les années suivantes, un certain nombre d'entre-elles sont référencées à diverses occasions dans ce livre.

LA GESTION DE LA CRISE

L'événement a souvent un effet désorganisateur sur la partie du tissu social qu'il touche et sur les intervenants extérieurs administratifs, sociaux ou médicaux (Prieto, 2003). Cette désorganisation, dans la mesure où elle est perçue par les victimes, est extrêmement dommageable pour elles car elle rend improbable la mise en place d'un véritable secours. Elle est dommageable aussi pour ceux qui ont des responsabilités dans la gestion de la crise. Les secours peuvent être désorientés par un commandement peu crédible ou par la confusion engendrée par la situation elle-même, et se réfugier dans des conduites automatiques, dans une frénésie d'action non réfléchie et sans plan d'ensemble. Les « psys » n'échappent pas à ces problèmes s'ils ne prennent pas le temps de réfléchir, de se concerter et de penser leur action future en fonction des données concrètes de la situation avant de se laisser aller impulsivement à ce qu'ils savent faire : l'abord des individus à leur portée. Il leur appartient parfois de remplir le rôle de « conseiller du commandement », comme on dit dans l'armée, d'aider les responsables à tenir leur place et à prendre les décisions utiles. L'expérience montre que cela se passe mieux si des contacts ont été pris auparavant et si le mode de collaboration entre les uns et les autres a été évoqué, discuté, voire expérimenté dans simulations à grande échelle, bien avant l'événement. Dans le cas contraire, l'autre écueil qui guette le psychiatre est que l'autorité administrative lui demande de faire des choses qui ne sont pas de son ressort, comme par exemple annoncer le décès aux familles. Il y a aussi le risque parfois qu'il lui soit demandé d'aller sur les lieux mêmes de l'horreur. Selon les circonstances et les événements, les psychiatres sont plus ou moins mêlés au maintien de l'ordre et de la cohérence dans le dispositif général des secours. Ils doivent en fait toujours savoir qu'une bonne gestion de la crise engendrée par l'événement est une condition préalable à la réussite du travail thérapeutique lui-même. « Le caractère soudain de la catastrophe et l'intervention en urgence sur les lieux où tous les repères sont bouleversés précipitent à divers degrés chaque intervenant, quel qu'il soit (sauveteurs, responsables institutionnels, mais également membres de la CUMP), dans un vécu immédiat de crise psychique. Ce vécu est éminemment perturbateur, car il met le sujet en impossibilité de penser. Ainsi les particularités de l'intervention de la CUMP font qu'elle doit impérativement en préciser les limites, recentrer son action, introduire parole et pensée, aider les responsables institutionnels à garder leur rôle, leurs fonctions et leurs repères, car tout n'appelle pas une réponse psychologique. » (Prieto, 2000).

LES SOINS AUX VICTIMES

Comme on l'a vu dans le chapitre sur « les répercussions psychiatriques immédiates ou précoces », l'événement a un impact différent selon les victimes. Mais depuis quelques années on constate que les victimes ont une attitude commune : elles ont tendance à rechercher ces fameux psychologues en blouse blanche et se plaignent s'ils ne viennent pas. La présence de ceux-ci prouve qu'elles ont vécu quelque chose de grave et que la collectivité se doit de leur offrir la possibilité d'en témoigner et de soulager leur souffrance.

L'abord des patients

Les questions doivent être adaptées en fonction des circonstances et des modalités de la rencontre. Si l'on a affaire à un sujet hébété ou sidéré, il faut s'enquérir d'abord de son identité, essayer de lui faire dire qui il est et ce qu'il vient de se passer pour lui. On est amené ainsi à varier les approches en fonction de la clinique de la victime.

Lorsqu'une personne présente un stress adapté, on va se contenter de lui donner une information orale et écrite sur le fait qu'il peut par la suite, dans les jours qui viennent, avoir besoin d'une consultation spécialisée. On lui indique également les lieux où il peut l'obtenir. On lui établira un certificat médical initial, mentionnant les possibilités évolutives de l'état actuel.

Lorsqu'une personne présente un état anxieux, avec agitation, logorrhée, crise de nerfs, etc., il s'agit plutôt d'assurer une présence rassurante, et d'obtenir une parole ordonnée adressée à un autre, plutôt que des mots et des cris sans suite.

Avec une personne hébétée ou sidérée, il faut essayer de faire surgir une parole à la place de son mutisme.

Il peut arriver, mais plus rarement, que des sujets présentent des états psychopathologiques nécessitant des soins appropriés (éventuellement à l'hôpital).

On remarque que, lorsqu'il y a un grand nombre de personnes impliquées dans l'événement, les anxieux et les agités sont vite repérés et pris en charge, tandis que les hébétés et sidérés ne se remarquent pas et peuvent être complètement oubliés. Parfois ils ont pris la fuite dans des conduites automatiques avant même l'arrivée des secours. À distance de l'événement, ils finiront par rencontrer une structure de soins et se révéleront plus gravement touchés que les autres.

Les objectifs des soins immédiats

Les soins immédiats visent d'abord le soulagement de la souffrance psychique éprouvée par le sujet au sortir de l'enfer. Quelle que soit la forme que prend l'angoisse, elle nécessite une réponse thérapeutique susceptible de l'atténuer ou d'en limiter les effets psychopathologiques. Cela passe parfois par des détours qui ne sont pas toujours compris par les profanes, voire par le sujet lui-même.

Telle jeune fille, sortie indemne du bombardement de son lycée dans un pays d'Afrique et contenant apparemment bien son émotion, se met à fondre en larmes et à crier son désespoir lorsque « le psychologue » lui demande si elle peut raconter ce qu'elle a vécu. L'apaisement qui résultera de son récit dramatique sera d'une autre qualité que l'apparente sérénité qu'elle affichait auparavant.

Il en va de même dans les catastrophes collectives, ce premier abord de l'effondrement interne provoqué par l'événement permet que celui-ci soit introduit dans l'élaboration d'une parole humaine le concernant. Le psy en l'occurrence ne se comporte pas différemment d'un médecin qui se donne comme objectif de calmer la douleur après qu'il a fait son diagnostic. Dans un deuxième temps seulement il cherchera à traiter son origine. Cela veut dire que les soins immédiats n'ont pas pour but premier de refermer un traumatisme ou d'en empêcher l'expression ultérieure. La souffrance qui se manifeste après un événement critique est d'abord un effet de stress, qu'il y ait eu ou non traumatisme. D'ailleurs, comme on l'a déjà dit, le trauma peut ne s'accompagner d'aucune manifestation de souffrance. Celle-ci peut être mineure, comme dans le stress adapté ; aucun soin n'est alors prodigué.

D'après ce que nous savons déjà des effets dans la psyché du traumatisme psychique, on peut expliciter les visées, s'il y a traumatisme, de ce premier abord des victimes. La première, c'est d'atténuer le sentiment d'abandon que détermine le moment de l'effroi, moment où toute pensée s'évanouit (*cf.* chapitre 1). La deuxième en est issue directement : c'est permettre que se renoue le fil de cet échange continu qui lie le sujet aux autres hommes après une expérience où les mots se sont absentés.

Ces soins immédiats cherchent à assurer les deux fonctions suivantes.

La fonction d'accueil et de présence

Lacan parlait de « l'inhumaine solitude » dans laquelle le trauma plonge le sujet. Les auteurs ont plus couramment recours à la métaphore de l'enfer pour nommer le lieu de la rencontre avec le néant. Qu'à ce

moment littéralement invivable la communauté des hommes envoie des représentants et des messagers pour prendre acte de ce que la victime a vécu, l'incitant ainsi à revenir dans le monde des vivants, a en soi seul un effet qui dépasse ce que le sujet lui-même peut en comprendre. On ne peut pas compter, pour un accueil qui joue discrètement sur le registre de la fraternité humaine, sur les médecins somaticiens dont la fonction n'est pas de s'intéresser à la personne dans son ensemble, mais à un corps blessé et qui perd ses fluides vitaux. Pour le psychiatre, le psychologue ou l'infirmier, il s'agit d'assurer une présence, qui parfois se suffit à elle seule, quand il est trop tôt pour que des mots soient prononcés, mots qui souvent instaurent l'ébauche d'une relation. L. Daligand décrit très bien ce moment de la rencontre avec la victime :

« Toute renaissance exige la présence d'un témoin. Ce peut être un thérapeute s'il croit que l'humanité au cœur de la victime n'est pas gommée, que la violence exercée sur elle pour l'expulser de sa condition humaine ne l'a pas chassée du monde des hommes. Il l'appelle à être un parmi d'autres dans l'espérance du désir de vie. » (Daligand 1998).

On mesure bien l'effet bénéfique de cette fonction d'accueil lorsqu'elle se trouve en défaut. Les cas les plus graves de névrose traumatique que nous ayons rencontrés sont ceux où, à l'événement, a succédé une solitude vécue comme un abandon réel. Nous en avons déjà cité des exemples.

Nous pouvons également évoquer ici l'histoire de ce psychologue agressé dans une rue déserte.

Un soir, à la sortie d'un congrès, il est attaqué par des loubards qui le frappent violemment et s'acharnent sur lui. Incapable de se relever, il passe des heures, ou ce qui lui semble des heures, à attendre en vain le secours d'un passant. Il finit par ramper sur le pavé et rejoint sa voiture. Il parvient à la mettre en marche et roule à une vitesse folle jusqu'à son domicile, trois cents kilomètres plus loin. Plusieurs thérapeutes ont successivement cherché, au moins, à alléger sa névrose traumatique qui en faisait un invalide psychique, mais en vain. Plusieurs hospitalisations dans un service parisien qui se fait une spécialité du psychotrauma n'ont donné aucun résultat. Nous l'avons adressé à notre tour à un confrère mais sans beaucoup d'illusions.

Il est rare que ces névroses traumatiques ne puissent s'améliorer au cours d'une prise en charge sérieuse.

Ce vécu d'abandon est moindre lorsque la victime au sortir de l'événement retrouve ses semblables mais il peut néanmoins exister en fonction de l'accueil qui lui sera réservé. Ainsi dans l'armée, quand

les soldats rentrent à leur base après un événement particulièrement critique, celui-ci n'est parfois que brièvement évoqué avec le ou les militaires concernés, avec généralement la mention que « ç'aurait pu être pire » (s'ils avaient été tués par exemple). Puis la section reprend ses activités, telles que prévues. Chacun des soldats se trouve alors dans une grande solitude par rapport à ses camarades et les effets du trauma se feront sentir plus tard avec une force ravageuse. La pratique récente d'accueillir les militaires au retour de l'accident ou de la mission mortelle (il peut y avoir des tués dans le groupe) change considérablement leur devenir. Un psychiatre, un infirmier ou même, depuis peu, un médecin les interroge sur ce qu'ils ont vécu et nouent avec eux une relation prévue pour durer plusieurs jours si nécessaire. Mais ce qui change aussi c'est l'attitude des camarades : à la pudeur traditionnelle fait place un accueil qui sollicite un récit. Cela ne veut pas dire qu'il n'apparaîtra pas, à un moment ou à un autre, un syndrome de répétition, mais cela veut dire que le sujet saura qu'il n'est pas sans recours dans sa communauté d'appartenance. Nous croyons aussi que la force de déclenchement des symptômes spécifiques sera moindre.

Dans le civil on a d'autres indices de l'effet de cet accueil immédiat. Un passager du RER, par exemple, qui sort d'un attentat et rentre directement chez lui, n'éprouvera aucune envie de raconter son histoire autrement que d'une façon concise et factuelle à sa famille. Celle-ci respectera son silence, mais les jours et les semaines passant, un malentendu va s'installer entre celui qui souffre en silence et l'entourage qui supporte de moins en moins bien l'isolement du sujet, son irritabilité, son mutisme, etc. Si un accueil a eu lieu au sortir de la bouche de métro, si le sujet a déjà été sollicité à parler de l'expérience qu'il vient de vivre, ou même s'il a seulement entendu d'autres passagers le faire, il sera plus enclin à raconter chez lui l'épreuve qu'il a traversée et à tenter de partager au moins cette partie de la souffrance qui est communicable.

La fonction d'interlocution

L'effroi est un moment de silence, de blanc, d'absence de mots. Il ne peut être dit, mis en paroles, car aucune parole ne peut dire le néant. Celui qui sort d'une telle expérience est immédiatement assuré qu'elle est incommunicable et que, pour cette raison, personne ne peut le comprendre. Il n'imagine aucune interlocution possible. Il a vécu quelque chose qui le différencie radicalement de ses semblables et qui constitue un obstacle à toute relation langagière avec eux.

Sachant cela, mais n'en sachant pas plus, le « psy » va néanmoins aborder la victime, lui parler, la toucher, entrer avec elle en relation

d'une façon ou d'une autre. Dans tout ce qu'elle a vécu, il y a au moins quelque chose dont elle peut parler, ne serait-ce que l'angoisse qui l'a assaillie dans cet enfer et qui l'assaille encore. Même si le « psy » sait que le noyau de l'expérience traversée est indicible, il propose à la victime de parler quand même. Tout est dans ce « quand même » qui permet à celle-ci d'éprouver qu'une relation est encore possible. Elle a raison de protester « Vous ne pouvez pas me comprendre », mais il a raison de lui répondre : « Dites-moi quand même. » La tâche du soignant est de réinstaurer le primat du signifiant qui s'est montré défaillant (De Clercq, Lebigot, 2001).

Il a été reproché aux intervenants des cellules d'urgence médicopsychologiques de faire des offres thérapeutiques aux victimes, c'est-à-dire de se présenter comme ceux qui savent quelle souffrance psychologique est la leur et comment la guérir. Il ne s'agit pas de cela, et l'offre qui est faite sur le terrain est seulement « une offre de fraternité discrète », selon la formule de Lacan (Lacan, 1966). Il n'est pas question ici d'un savoir sur l'inconscient de l'autre. D'autre part, on ne voit pas comment une demande pourrait surgir du néant, une parole s'articuler à partir de rien.

Reste alors la question de se demander pourquoi c'est à des « psys » qu'est dévolue cette fonction première d'accueil et d'interlocution. Nous répondrons qu'en l'occurrence le savoir psychiatrique n'est pas le savoir psychanalytique, que le trauma engendre toute une série de phénomènes psychopathologiques qui requièrent la capacité d'écoute d'un spécialiste de la souffrance psychique, voire éventuellement sa réponse médicamenteuse. En outre, c'est bien à un psychiatre ou à un psychologue que le sujet devra venir poser la question qu'a fait naître le trauma.

Dans cette première fonction d'interlocution qu'il assure dans l'imédiat, le psychiatre ou le psychologue se présente déjà comme le futur interlocuteur du sujet traumatisé. Lorsqu'il nous arrive, ce qui est rare pour des raisons pratiques, de suivre un sujet de cet accueil initial jusqu'à un travail psychothérapeutique durable, il faut attendre quelque temps pour que, dans le transfert, s'instaure cette fonction de sujet supposé savoir. Le patient va alors pouvoir supporter des temps de silence sans que « ce silence ne le renvoie au néant qui l'a totalement habité ». Il sera ainsi en mesure de l'habiter de sa propre pensée en mouvement ou de l'éprouver comme résistance au travail en cours, surgie à ce moment déterminé.

Pour revenir à cette question de la fonction d'interlocution dans son rapport avec le savoir du soignant, il est sûr que certaines façons de

procéder installent ce dernier dans la position insupportable pour la victime de celui qui sait mieux qu'elle ce qu'elle a traversé. Il en va ainsi de toutes ces affirmations péremptoires concernant « la normalité » des émotions ressenties ou de ces tentatives si touchantes de « dédramatiser » l'événement critique.

Cas particulier des groupes de paroles

Généralement les catastrophes touchent un nombre limité de gens en un point donné. Dans ces cas, les soignants peuvent avoir intérêt à regrouper quatre, cinq à dix personnes, assises si le lieu s'y prête, et à entamer avec elles un échange général, au cours duquel chacun peut s'exprimer comme il l'entend, réagir au comportement ou aux paroles de l'un ou l'autre de ses « compagnons d'infortune ». Ces entretiens sont la plupart du temps de courte durée et chacun est libre d'aller et de venir, de s'adresser éventuellement à un autre soignant, etc. Il arrive néanmoins qu'un grand nombre de rescapés soit rassemblé avec les soignants en un lieu nettement délimité, peu de temps après l'événement. C'est ce qui est arrivé à Louis Crocq lorsqu'il a réuni dans les salons de l'aéroport les passagers de l'Airbus Alger-Marseille en décembre 1994. Il a fait le récit de cette expérience un peu exceptionnelle. Le discours des passagers était riche, émotionnellement très intense et semblait avoir, au fur et à mesure que la séance se déroulait, un effet réel de catharsis malgré le nombre de locuteurs et leur diversité : âge, sexe, provenance, langue (certains ne parlaient que l'arabe et les jeunes assuraient spontanément la traduction).

Louis Crocq tente de dégager dix points sur lesquels porte l'action des soignants et insiste sur l'importance de ménager un sas intermédiaire où sont restitués l'espace, le temps et les valeurs normales. Rendez-vous est pris aussi pour l'avenir avec annonces verbales et distribution d'une information sur les problèmes que les rescapés pourront rencontrer par la suite et les lieux où ils pourront venir en parler.

La préparation de l'avenir

Ce moment est important. Il consiste tout d'abord dans la rédaction du « certificat médical initial », constatations détaillées faites par le médecin de l'état actuel du sujet et des risques évolutifs. Ceci est une pièce à valeur médicolégitime indispensable pour faire valoir, dans l'avenir, les droits éventuels du patient en rapport avec l'événement. C'est le moment aussi de distribuer une information écrite, pas trop terrorisante néanmoins, en donnant une idée des risques évolutifs en ce qui concerne un éventuel traumatisme psychique. Sur la même feuille

peuvent également figurer au verso les lieux de soins accessibles et une liste des spécialistes du psychotrauma avec adresse et numéro de téléphone. Si cela est possible, il est préférable de la lire avec celui à qui on remet cette feuille et d'en parler. Dans certains cas on est amené à écrire son nom, ses coordonnées et éventuellement à donner un rendez-vous téléphonique. On peut aussi, selon les circonstances, diriger la victime vers le centre d'accueil des impliqués qui se charge plus spécialement de résoudre les problèmes matériels : logement, demande d'aides, recherche des familles, etc. Une attention plus particulière sera apportée à ceux qui vont le plus mal : soit ils seront revus rapidement, soit un ou plusieurs soignants iront les retrouver à l'hôpital. Les membres de la cellule d'urgence iront s'inquiéter de l'état des blessés physiques et/ou psychiques qui se trouvent dans les différents hôpitaux où le SAMU les a transportés — c'est un point important à ne pas oublier. Dans l'armée, depuis la guerre du Golf, l'habitude a été prise par les psychiatres ou psychologues hospitaliers militaires d'aller voir les blessés physiques dans les services de chirurgie.

Petit avertissement aux intervenants

L'expérience a montré que pour s'occuper de sujets traumatisés, quel que soit le stade des soins, il était préférable de ne pas avoir soi-même une telle expérience. Il vaut mieux ne pas s'exposer, sur le terrain, au risque de faire une « mauvaise rencontre ». Ce risque est inévitable dans certains cas, en particulier dans l'armée où le psychiatre ne peut se mettre à l'écart du groupe auquel il appartient et qui s'apprête à affronter une situation difficile (Devillières, 2001). Au début des activités des CUMP, il était fréquent que les autorités administratives poussent le psychiatre à aller sur les lieux du drame « pour se rendre compte » de ce qu'avaient vécu ou de ce que vivaient les victimes et/ou les sauveteurs. Il est facile de refuser de telles propositions si on a encore la tête froide et qu'on n'est pas en proie à une tentation morbide. Car cette tentation existe chez tout le monde (un peu de phobie peut en protéger certains).

Un de nos collègues, habitué de ces missions de soins immédiats dans les catastrophes en France et à l'étranger, a très honnêtement raconté que cela lui était arrivé. Pendant une semaine, en Afrique, il s'était occupé de soldats dont la mission était d'aller repêcher les cadavres des passagers d'un avion qui s'était abîmé en mer, à peu de kilomètres de la plage. Le dernier jour, avant de repartir pour la France, il avait voulu accompagner ses soldats dans leur dernière mission, par solidarité, avait-il pensé sur le moment. Dans l'avion du retour, il avait pris conscience de son imprudence et du fait aussi qu'il avait été le

jouet de cette fascination qu'exerce l'horreur : une semaine de récits des spectacles auxquels avaient été confrontés ses hommes lui avait donné l'envie d'aller voir et sans doute aussi de sortir de cette place apparemment confortable d'être celui qui s'épargne les épreuves que traversent les autres.

Dans ce cas, comme dans d'autres, la tentation du soignant représente l'amorce d'une identification aux victimes, ce qui du même coup lui fait perdre sa position de thérapeute.

Le deuil

L'habitude s'est prise de demander aux cellules d'urgence médico-psychologiques de prendre en charge les endeuillés lorsque leurs proches sont morts dans un accident collectif et spectaculaire. Ainsi une équipe de psychologues et de psychiatres a été dépêchée à Halifax auprès des familles de passagers de l'avion de la Swissair qui s'était abîmé en mer, ou plus récemment à Charm el Cheick dans des circonstances analogues. Dans le drame du Concorde, il fallut trouver des psychologues parlant allemand pour accueillir à Paris les proches des victimes (Weber, 2003). La réaction des personnes concernées est assez diverse, allant d'attitudes hostiles, voire franchement agressives comme à Halifax, à l'établissement de relations utiles entre psychologues et endeuillés comme à Roissy, en passant par des attitudes très différentes d'une famille à l'autre comme à Charm el Cheik, où l'action la plus efficace a été la cérémonie organisée sur un bâtiment de la marine française mouillant à l'aplomb de l'épave de l'avion. Sans entrer dans le détail de chacune de ces interventions, le secret de leur réussite est d'abord de ne pas considérer ces victimes indirectes comme de possibles traumatisés, ensuite de n'agir qu'avec une très grande discrétion, de montrer qu'on est là, disponibles, et d'attendre d'être abordés par ceux qui le souhaitent.

Une grave confusion règne dans la littérature concernant le psycho-trauma : les parents des passagers décédés sont supposés faire « un deuil traumatique ». Il est bien évident qu'il n'en est rien : le trauma et le deuil sont deux processus psychiques qui n'ont rien de commun et qui ne se traitent pas de la même façon. Ne nécessitent un traitement que les deuils compliqués. En revanche, il existe d'authentiques deuils traumatiques, lorsque le deuil et le trauma sont associés.

Patrick

Patrick est un policier de trente-cinq ans qui depuis quelques années travaille en tandem avec un collègue du même âge. Ils sont tout de suite

devenus de grands amis, leurs familles se voient beaucoup la semaine et le week-end. Leurs enquêtes les amènent à faire ensemble de longs trajets en voiture, en France et à l'étranger. Un jour, une moto brûle un feu rouge et s'écrase sur leur pare-brise. Patrick a de légères blessures, mais son ami est en train de mourir sur le siège d'à côté. Il a encore les yeux ouverts et mobiles mais vomit du sang et des morceaux de verre.

L'accident ne cessera de revenir dans ses cauchemars. Il est totalement dépressif, aboulique, plus rien ne l'intéresse. La nuit, il est réveillé par des coups de téléphone, il décroche, persuadé que c'est son ami qui l'appelle. Ou il entend du bruit au rez-de-chaussée de sa maison, une voix, et il part à la recherche de son ami.

Dans ce cas, le traitement des deux traumatismes (celui de sa propre mort et celui de la mort de son ami) passe par l'atténuation des sentiments de deuil. Patrick est très attaché à la relation thérapeutique, qui dure maintenant depuis trois mois. Seul résultat pour le moment : la fin des « visites » de son ami, chez un sujet qui ne demande qu'à être accompagné dans la détresse.

Il s'agit dans ce cas de pathologies très complexes à prendre en charge, car les images du trauma renvoient à la perte de l'être cher et la souffrance du deuil renvoie à la scène traumatique.

Soins immédiats et soins précoces

Or il y aurait lieu, comme dans le chapitre « Clinique », de distinguer les soins immédiats et les soins précoces. En effet, beaucoup d'interventions immédiates ne s'arrêtent pas à la première rencontre entre le soignant et la, ou plus souvent, les victimes (Cremniter, 2005 ; Passamar 2001-2005). Il arrive que de véritables chantiers soient ouverts à la suite d'un grand drame, et que les mêmes intervenants, qui ont été sollicités dans l'immédiat, doivent poursuivre leur action les jours suivants. Le relais dans ces cas se fera sur un autre, sur d'autres thérapeutes plus tard, si possible après en avoir discuté longuement avec les intéressés. Ce sont souvent des raisons de proximité et géographiques qui sont prises en compte pour l'attribution de tel ou tel thérapeute. Par exemple, la cellule d'urgence médicopsychologique (CUMP) de Paris a organisé, lors de l'incendie de l'hôtel Paris-Opéra survenu dans la nuit du 14 au 15 avril 2005, des soins pendant plusieurs jours pour des familles d'immigrés endeuillées et parfois traumatisées.

Chapitre 9

LES SOINS POST-IMMÉDIATS (LE DÉBRIEFING)

DANS les jours qui suivent l'événement, un certain nombre d'actions thérapeutiques peuvent être présentées aux victimes. La question est connue du grand public sous le terme de débriefing. En fait, comme nous le verrons, les choses sont plus complexes et plusieurs types de rencontre avec les professionnels de la santé peuvent être proposés : débriefing collectif, débriefing individuel, groupe de parole, entretien individuel.

Deux éléments sont décisifs pour justifier le choix de telle ou telle méthode :

1. Le sujet appartient à un groupe constitué et qui a affronté ensemble l'événement. L'action thérapeutique sur ces groupes de personnes ayant l'habitude de travailler ensemble et qui devront par la suite retravailler ensemble doit, de manière indissociable, viser à traiter le sujet et à restaurer la cohésion du groupe mise à mal par le spectacle de la mort. Cette situation est l'indication idéale pour la pratique du débriefing collectif. Il existe cependant des contre-indications dont

nous parlerons plus tard et qui peuvent amener à choisir plutôt le groupe de parole ;

2. Le sujet n'appartient pas à un groupe constitué : en ce cas on peut utiliser trois méthodes d'intervention : l'entretien individuel, le débriefing individuel ou le groupe de parole.

En outre, il est nécessaire de savoir apprécier l'état émotionnel réel de la victime au moment des soins post-immédiats. La victime ne pourra bénéficier de la technique assez inquisitoriale du débriefing, individuel ou collectif, que si elle a mis en place ses propres mécanismes de défense et a récupéré ses assises émotionnelles ; il a été proposé de s'assurer du retour à la normale du pouls et de la tension, voire du taux de cortisol. Le sujet est resté sous le coup de l'événement, lorsqu'il a été fragilisé par le choc qu'il vient de subir, que cette fragilité soit manifeste ou non, il convient de choisir une méthode de soins plus douce, comme l'entretien individuel ou le groupe de parole où chacun ne dira que ce qu'il a envie de dire et rien de plus (Lebigot, 2001).

Le terme de débriefing ne fait rien pour cacher ses origines américaines et c'est en effet aux États-Unis, pendant la Seconde Guerre mondiale qu'est née l'idée du débriefing. À cette époque, les pilotes des patrouilles aériennes assistaient, avant le vol, à un briefing (« *to brief* » signifie informer) au cours duquel leur étaient expliqués leur mission et les moyens qu'ils avaient de l'accomplir, les difficultés auxquelles ils devaient s'attendre, etc. À leur retour, c'était à eux de nourrir un débriefing sur la façon dont la mission s'était déroulée, les raisons éventuelles d'un échec ou de changements par rapport au programme prévu. Il leur revenait également de critiquer un ou plusieurs points des informations et consignes qu'ils avaient reçues. Il s'agissait donc entre les décideurs et les exécutants d'un échange purement technique, d'où les états d'âme étaient bannis quelles que soient les épreuves traversées.

Plus tard, il est apparu évident, aux uns comme aux autres, qu'il n'était pas inutile d'introduire dans ces dialogues un peu des émotions ressenties par les pilotes, lors de leur mission : cela rendait parfois plus compréhensibles les comptes rendus techniques, et les militaires ressentaient un certain soulagement d'avoir pu exprimer devant leur chef un peu de leur vécu.

APERÇU SUR LE DÉBRIEFING DE SOKOL

En 1980, le Département d'État constitua, au sein de forces américaines en Allemagne, des équipes de débriefing composées de spécialistes. Ces équipes pouvaient intervenir un peu partout dans le monde à la suite d'événements graves touchant l'une quelconque des trois armes ou même des civils américains (otages de Téhéran, détournement de l'Achille Lauro, détournement d'un Boeing de la TWA à Beyrouth...). Sokol, psychiatre militaire américain, fut chargé de constituer un SMT (Stress Management Team) et de définir ses principes d'action. Les principes de Salmon devinrent « BICEPS » : Brièveté, Immédiateté, Centralité (les victimes sont traitées dans un même lieu — non médical — et ensemble), *Expectansy*, Proximité, Simplicité. De là est née l'idée de proposer à des militaires, au retour d'une mission difficile, un débriefing, c'est-à-dire un compte rendu de l'action qu'ils avaient menée et des émotions qu'ils avaient éprouvées. Son but était de permettre à ces hommes d'évacuer leur stress et de retrouver au plus vite leurs capacités opérationnelles.

Le débriefing devient alors ouvertement un acte thérapeutique mais conçu de manière à ce que les victimes ne se considèrent pas comme des malades. Il est dirigé par un psychiatre auquel est adjoint un autre psychiatre, un psychologue, deux assistants sociaux et un prêtre. Le déroulement de la séance est codifié, comme il le sera plus tard dans le débriefing de Mitchell, et comporte quatre phases :

1. Une phase de préparation qui comporte une organisation logistique de la réunion en liaison avec les autorités militaires et/ou civiles et un briefing de l'équipe visant à définir les rôles de chacun et à réduire leur anxiété anticipatoire ;
2. Une phase d'« extraction- triage » qui est une première rencontre, informelle, entre les victimes et les membres de l'équipe. Elle ressemble à nos soins immédiats car elle peut être l'occasion d'effectuer une action de soutien et aussi favoriser les premières verbalisations. Les futurs débriefeurs utilisent ce temps pour observer les réactions individuelles, les affinités et les tensions à l'intérieur du groupe. Dans le cas des otages américains de Téhéran, cette phase fut réalisée, avec une équipe renforcée en psychiatres, dans l'avion qui les ramenait sur l'Allemagne ;

3. Une phase de débriefing qui est le débriefing proprement dit. Il a lieu parfois avec un certain délai à cause des exigences d'autres intervenants : accueil officiel, enquêtes, soins médicaux, soutien social, etc. ;
4. Une phase de réinsertion qui est le moment où l'équipe soignante incite les victimes à reprendre leur autonomie. Elle est faite de nombreuses rencontres informelles, au cours de repas par exemple. Par ailleurs, l'équipe prend contact avec les parents et les amis pour que le retour à la vie normale s'effectue dans les meilleures conditions possibles.

Voici ce que Louis Crocq nous dit à propos de la technique même du débriefing de Sokol (Crocq, 2002b) :

« La consigne générale est d'encourager les victimes à s'exprimer le plus spontanément possible, voire de relancer ceux qui demeurent silencieux, et d'intervenir activement pour atténuer les sentiments de honte et de culpabilité. »

Il avait remarqué que le groupe, de toute façon, intervient lui aussi spontanément dans ce sens dès qu'un de ses membres extériorise de tels affects. Il y aurait, d'après lui, deux styles de débriefing de groupe : le style « expérientiel » centré sur le simple échange d'expérience entre les membres, et le style « éducationnel » dans lequel l'équipe intervient pour donner une information scientifique sur la nature et la normalité des symptômes ressentis et des symptômes à venir éventuellement. Sokol distinguerait deux façons de procéder : l'une consistant à demander aux individus de raconter leur expérience, l'autre privilégiant un travail d'« éducation » auprès des victimes. De façon surprenante, il affirme préférer la deuxième technique la trouvant plus efficace.

D'après Louis Crocq, Sokol n'impose pas de cadre ni de protocole rigide au débriefing qui doit s'adapter aux circonstances et aux contraintes matérielles et administratives.

Pour nous, cette première systématisation d'une activité thérapeutique après un événement critique est intéressante à plus d'un titre. D'abord, elle intègre dans un continuum d'actions les soins immédiats et post-immédiats. On peut seulement s'étonner que Sokol semble tenir beaucoup à ce que les deux temps soient aussi rapprochés que possible. Par ailleurs, la première place est laissée à la verbalisation dans les trois temps où débriefeurs et victimes sont amenés à se rencontrer. C'est peut-être la raison pour laquelle Sokol, pour le temps du débriefing

proprement dit, marque une nette préférence pour le mode « éducatif ». Il prend ainsi moins le risque qu'un exercice de parole trop précoce sur l'événement n'aggrave la déstabilisation des participants. En outre, la dernière phase de l'intervention est considérée comme très importante. Ces multiples rencontres qui ont lieu après le débriefing sont indispensables pour compléter l'action de celui-ci et ne pas laisser les victimes en suspens dans quelque chose d'inachevé. Il semble que Sokol ait ressenti le besoin de ménager « un temps pour conclure », ce qui est exactement notre position, avec, il est vrai, une technique différente.

LE DÉBRIEFING DE MITCHELL

Nous nous attarderons plus longtemps sur le débriefing de Mitchell pour plusieurs raisons. La première, c'est qu'il a servi de modèle à la plupart des débriefings effectués en milieu civil et militaire dans la plupart des pays occidentaux. Et lorsqu'on parle sans plus de précision de débriefing, c'est à celui-là qu'on pense aujourd'hui. La deuxième raison, c'est qu'il a fait l'objet de violentes critiques qui se sont faites à partir de « méta-analyses » scientifiques qui ont abouti à la conclusion que le débriefing n'améliorait pas l'état du sujet, à moyen ou long terme, et que même parfois il l'aggravait. La troisième raison justifiant une étude plus poussée du débriefing de Mitchell est que les remarques et les évaluations portant sur son efficacité sont faites à partir de pratiques qui ne sont jamais complètement explicitées et qui donnent l'impression d'avoir peu de rapport avec la complexité du dispositif et du protocole imaginés par Mitchell. Sa méthode telle qu'il l'a décrite en 1995 est beaucoup plus élaborée qu'on ne le croit généralement et possède une cohérence interne intéressante. Si en France nous nous sommes démarqués du débriefing de Mitchell sur certains points qui nous paraissent aller à l'encontre d'une visée thérapeutique, nous nous sommes en revanche inspirés globalement de sa rigueur méthodologique et de son souci de mener l'action entreprise jusqu'à son terme.

Dans son article de 1995, duquel seront tirées toutes les citations qui lui sont rapportées (Mitchell, 1995), il traite de front deux techniques différentes et qui s'appliquent à des situations différentes : le débriefing collectif pour les équipes de sauveteurs et les « interventions dans la communauté » qui concerne le civil. Pour la clarté de l'exposé, nous les examinerons séparément en commençant par le CISD (*Critical Incident Stress Debriefing*).

Le CISD

Mitchell commence par indiquer qui seront les débriefeurs : professionnels de la santé (on comprendra plus tard qu'il s'agit généralement de psychiatres) et deux ou trois « pairs du personnel de soutien ». Puis il dresse la liste des victimes concernées par le CISD : victimes primaires (les accidentés eux-mêmes), victimes secondaires (les sauveteurs), victimes tertiaires (famille, amis et les personnes à qui l'événement traumatique peut être indirectement relaté). Néanmoins dans la suite du texte il apparaît assez évident que le CISD est conçu pour les victimes secondaires.

Dès le départ, Mitchell prévient que son débriefing n'a aucune visée thérapeutique et qu'il s'apparenterait plutôt à un « *counselling* ». Sa méthode s'adresse à des « sujets normaux, émotionnellement sains » et son but n'est pas de résoudre des problèmes psychopathologiques qui sont réputés, ici, être antérieurs à l'accident.

Les objectifs

Ils sont clairement définis :

- atténuer le niveau de stress dû à l'événement ;
- favoriser les processus de récupération chez des sujets normaux soumis à un événement anormal.

Des objectifs secondaires doivent être présents à l'esprit du débriefeur.

On remarque dès maintenant cette insistance un peu suspecte sur la supposée normalité des victimes qui peut se comprendre comme un véritable déni du fait psychique dans son ensemble. Il y a dès lors une certaine logique à vouloir démarquer le CISD d'une entreprise thérapeutique. On s'étonnera aussi de ce que la verbalisation ne figure qu'au milieu des objectifs dits secondaires, ce qui est en contradiction avec la procédure qui va nous être présentée. D'une façon générale, ce chapitre sur les objectifs n'est pas très cohérent et procède plutôt du souhait de l'auteur d'avoir affaire à des sujets normaux (qu'est-ce qu'un sujet normal ?) qui seraient réactifs à la pédagogie du maître : les émotions, on peut les corriger, les canaliser, les normaliser, il suffit pour cela d'écouter les conseils de ceux qui savent ; l'inconscient n'existe pas et le sujet n'est pas divisé.

Suit une longue description de la composition et des tâches d'une équipe de débriefing totalisant vingt à quarante personnes, dont le métier est la gestion du stress lors des « incidents critiques ». Ces

intervenants assurent en outre une formation permanente sur le stress auprès des groupes de sauveteurs. Mitchell décrit minutieusement les procédures d'alerte, les circuits chargés de véhiculer les informations, la façon dont sont prises les décisions qui peuvent aboutir éventuellement à l'organisation d'un débriefing ou à l'utilisation d'une autre technique : *defusing*, ou entretien individuel. Mitchell se montre également très précis quant aux raisons de pratiquer un débriefing individuel ou collectif ou d'autres types d'intervention. Il établit une liste d'une vingtaine de questions non limitatives qui doivent aider à cette appréciation mais aucun des critères retenus n'est formulé dans les termes où, nous, nous les formulerions. Il lui manque une idée précise de ce qui distingue un trauma d'un stress ; de même, il ne semble pas avoir une conception claire de ce qui peut former un groupe homogène. On peut également s'étonner de ce que, dans certains cas, en lieu et place d'un débriefing, il propose un cours sur la gestion du stress (comme Sokol d'ailleurs).

En ce qui concerne le moment où le débriefing doit être pratiqué, il donne le délai de 24 à 72 heures comme idéal chez les sauveteurs parce qu'il leur suppose de grandes capacités défensives. En revanche, il préconise d'attendre plus longtemps dans le cas de « grandes catastrophes » : le CISD ne pourra opérer pleinement que si les personnes qui s'y soumettent sont psychologiquement réceptives ou prêtes à l'intervention. Néanmoins il ne va pas jusqu'à relever le caractère nocif d'un débriefing proposé trop tôt.

Bien que Mitchell ne le dise pas explicitement, le débriefing qu'il propose n'est pas obligatoire, le « superviseur » du groupe a simplement la tâche d'encourager les individus à y assister, pour leur bien propre et celui de leurs camarades. Pendant la séance, les participants ne sont pas obligés de parler même s'ils s'y sont fortement encouragés. Il est convenu, par ailleurs, à l'avance qu'aucune note ne doit être prise, la confidentialité de tout ce qui va se dire est présentée comme une nécessité absolue.

Mitchell accorde beaucoup d'importance au fait que les membres de l'équipe de débrieurs aient pu accéder à toutes les informations disponibles concernant l'événement, ce qui peut conduire à visionner les images de l'accident. Il est certain que le conseil n'est en soi pas mauvais ; les critiques que nous formulons visent l'utilisation qui peut être faite de ce savoir dans la mesure où il pourrait être opposé à celui des victimes. Les informations sont complétées avant que ne commence le débriefing par un temps de rencontre informelle entre les débrieurs et les futurs débriés, rencontre destinée à faire connaissance, à poser des questions sur le fonctionnement du groupe, les particularités de

l'événement et les réactions des uns et des autres. Une liste de questions à poser individuellement est proposée à chaque débriefeur mais elle n'est proposée qu'à titre indicatif car chaque débriefeur — et Mitchell insiste sur ce point — se doit de n'employer que « ses propres mots ».

Une courte réunion stratégique réunit les débriefeurs au cours de laquelle le rôle de chacun est défini. Mitchell donne une description détaillée de ces différents rôles, celui de l'animateur, du coanimateur, du portier, des ecclésiastiques (!), des pairs du personnel de soutien. Après de longues considérations préliminaires, dont certaines ne manquent pas d'intérêt, surtout lorsqu'il s'agit de prévoir déjà un après débriefing, Mitchell passe à la description du protocole qu'il a mis au point.

Comme on le sait, ce protocole comporte sept phases dont l'ordre de succession est motivé de la manière suivante :

« La stratégie globale de l'équipe du CISD au cours du débriefing consiste à traiter dans un premier temps les aspects les plus faciles à aborder puis à s'engager progressivement dans des discussions plus chargées sur le plan émotionnel. Après avoir évoqué les questions délicates, le groupe est progressivement éloigné des discussions intenses pour être ramené à des discussions plus légères, jusqu'à la conclusion du débat. »

Les phases

1. Introduction

Cette prise de contact est, pour Mitchell, particulièrement importante car lui est assignée une double fonction : c'est le moment où l'équipe de débriefeurs présente au groupe la façon dont la séance va se dérouler et c'est aussi le moment où cette équipe assure son leadership sur le groupe. Mitchell donne une quantité impressionnante de conseils et de mises en garde destinés à favoriser le bon fonctionnement ultérieur du débriefing. Il y a parfois matière à sourire mais la lecture de ce long texte n'est cependant pas inutile.

2. Les faits

Cette phase consiste en un tour de table au cours duquel chacun se présente et raconte les événements tels qu'il les a perçus. Le problème auquel Mitchell fait sans cesse face, et qu'il n'arrive pas vraiment à résoudre, est celui de la difficulté qu'éprouvent les participants à dissocier les faits des émotions qu'ils ont provoquées. L'idéal pour Mitchell serait que les réactions émotionnelles n'interviennent que dans la phase 4, la phase 2 étant réservée aux faits.

Toute une stratégie est prévue pour limiter le désordre qui risque à tout moment de s'introduire dans son ordonnancement, sans toutefois qu'il interdise franchement aux individus de s'exprimer. L'apparition prématurée de « réflexions » (phase 3) pose elle aussi des problèmes, mais moindres cependant. Les pairs du personnel de soutien sont sollicités à l'occasion de ces débordements pour apaiser les émotions, en assurant aux locuteurs que, face à une telle situation, n'importe qui aurait eu les mêmes réactions. En ce qui nous concerne, il nous semble que ce genre de réponses est surtout susceptible de disqualifier complètement les débriefeurs. Ce genre d'assertions est une contre-vérité qui nécessite une certaine complaisance pour être accueillie froidement.

3. Les réflexions

Mitchell dit peu de choses sur cette étape, si ce n'est que le surgissement des émotions paraît inévitable et lui pose les mêmes problèmes que précédemment, même s'il s'efforce de trouver dans ces débordements de réactions le signe que le débriefing marche bien.

4. Les réactions

À ce point du débriefing, il n'y a pas de tour de table, la discussion est libre et les débriefeurs interviennent peu, sinon pour poser des questions du genre : « Qu'est-ce qui a été le pire pour vous dans cette situation, personnellement ? » Curieusement, Mitchell ne dit finalement que peu de chose de cette phase de libération émotionnelle, alors que ce sont justement des émotions qui sont visées par l'ensemble de la procédure.

5. Les symptômes

La phase des symptômes est présentée comme devant clore le débordement émotionnel, et permettre aux individus de recouvrer leurs mécanismes de défense habituels. Elle fait appel, est-il dit, à des processus cognitifs. On est donc un peu étonné de lire que des émotions, et pas des moindres, y sont à nouveau évoquées, comme la colère et la détresse.

6. La phase didactique

Elle prend logiquement la suite de la phase précédente, où les symptômes de stress ont été décrits, par la réaffirmation de la normalité de toutes ces réactions à l'expérience vécue. Puis l'équipe des débriefeurs « consacre beaucoup de temps à l'enseignement de toute une variété de stratégies de survie au stress ». Mitchell n'est pas avare de conseils quant au retour à la vie normale. Cette phase purement cognitive est censée éloigner définitivement les participants des bouleversements émotionnels qu'ils ont exprimés.

7. *La rentrée*

Il s'agit maintenant de clore le débriefing et d'aborder brièvement des questions en suspens. Après avoir répondu aux questions qui leur sont posées, les débriefeurs donnent des informations orales et écrites sur la question du stress, puis chacun d'eux formule une conclusion qui se veut positive. Les participants peuvent faire de même sans qu'ils y soient formellement invités.

Les justifications données par Mitchell à cet ordonnancement successif des sept phases nous paraissent relever d'un désir de rationalisation. En fait, il semble avoir très peur des débordements émotionnels que, n'étant ni psychiatre ni psychologue clinicien, il ne saurait gérer, sans parler des effets que ces débordements pourraient avoir sur sa propre capacité à faire face à ses émotions. Aussi prend-il soin d'introduire la phase 4 (réactions) après les phases 2 (faits) et 3 (réflexions) et avant la phase 5, celle des symptômes. Cela a pour fonction réelle de mettre à distance le vécu émotionnel et d'en atténuer les effets dans la séance (un peu comme une mère qui, devant les cris d'un enfant qui vient de tomber, commence par lui demander où et comment cela s'est passé dans l'espoir d'atténuer les effets psychologiques de la chute). À la lecture de ce texte on imagine bien le soulagement que doit éprouver Mitchell quand il arrive aux phases 5 et 6 où il se réinstalle dans la position du maître, spécialiste de la gestion du stress, qui rassure et normalise les réactions vécues (nous avons d'ailleurs vu dès le départ qu'il cherchait à se rassurer en disant que sa méthode ne pouvait s'appliquer qu'à des sujets « émotionnellement sains »). Il faut remarquer ici la tendance généralisée des psychotraumatologues américains à aimer pour eux la position du didacticien ; toute cette dramaturgie se termine par la consigne de « positiver », véritable règle de morale outre-Atlantique.

Enfin Mitchell aborde ce qui est peut-être le plus intéressant dans ce texte : l'après-débriefing.

Activités post-débriefing

« L'une des erreurs les plus communes des équipes de débriefing est de croire qu'elles peuvent fournir tout le travail nécessaire au cours du seul débriefing. »

C'est là une erreur également très répandue en France. Nous ne détaillerons pas ici toutes les très nombreuses actions conseillées par Mitchell, mais ce que nous pouvons remarquer, c'est que, contrairement à ses directives précédentes, elles sont marquées au coin du bon sens :

« Les services du suivi sont cruciaux pour terminer le travail commencé dans le débriefing. »

Il propose ainsi de nombreux modes de suivi : visite sur le lieu du travail, visite de l'aumônier, appels téléphoniques, consultation individuelle, recours à la thérapie, session pour les familles, réunion de suivi avec l'ensemble du groupe une semaine après le débriefing, et autres actions en fonction de la demande.

ERC (Équipe de réponse dans la communauté)

Mitchell envisage aussi le débriefing, à la suite d'un événement critique, avec des victimes qui ne sont pas des sauveteurs. On suppose donc que, dans son esprit, ce ne sont pas a priori « des gens normaux », puisqu'ils ont droit à des « professionnels de la santé mentale ». Dans le cas des « Équipes de Réponse dans la Communauté » (ERC), l'équipe de débriefing ne peut être composée que de professionnels de la santé mentale. Quel que soit l'événement, les interventions sur le stress traumatique ne doivent être appliquées que « par des personnes formées, qui connaissent le stress d'origine traumatique et ses effets sur l'individu ». Pour le reste il donne peu de détails, que ce soit sur la préparation de l'intervention, sur son déroulement, sur les actions post-débriefing.

Par rapport à ce type d'intervention dans la communauté, il est très intéressant de lire un long article du *New Yorker*, qui décrit les actions menées à New York après le 11 septembre (J. Groopman, 2004). Les participants ont été regroupés rue par rue et ont eu droit à un débriefing en règle. Le journaliste, qui montre qu'il connaît bien la question, témoigne de ce que les résultats de ces actions ont été plutôt médiocres, voire franchement mauvais. Il les compare à un autre type d'abord, dont il dit le plus grand bien : des séances de thérapie cognitivo-comportementale. Il est évidemment difficile de faire la part d'une approche complète et objective des résultats des débriefings effectués dans ces conditions, exclusivement pas des « *councillors* », et du poids de la mode actuelle qui consiste à faire haro sur le débriefing. Néanmoins, la description qui est faite du dispositif mis en place n'a aucune raison d'être falsifiée, volontairement ou non, par le journaliste et elle suffit à faire penser, à un lecteur formé aux conceptions francophones de ce type d'actions, que l'échec était garanti. Il est certain que des groupes de parole, constitués autrement que par proximité géographique et sur la base du volontariat, auraient permis un premier tri en vue d'actions ultérieures adaptées, avec des groupes petits, familiaux par exemple, ou moyens (employés d'une entreprise). Quant aux « *councillors* », vus

de ce côté-ci de l'Atlantique (mais peut-être avons-nous tort), ils ne paraissent pas être les meilleurs interlocuteurs dans une telle situation. On voit à travers cet exemple que le dispositif imaginé par Mitchell, parce qu'il a quelque chose de rassurant pour les intervenants, a été étendu à bien d'autres situations que celles pour lesquelles il avait été conçu. En témoignent les études prouvant son inefficacité, et même sa nocivité. Ce dispositif a bien des défauts qui résultent en partie, à notre avis, de son refus de principe d'accepter qu'il soit un acte thérapeutique et d'en tirer les conséquences. Les débriefeurs se cramponnent à leur rôle de pédagogues bienveillants. Ils peuvent heureusement, on l'a vu, être débordés par la situation et l'accepter. Ainsi ont-ils une chance que ce qu'ils n'avaient ni prévu ni voulu arrive, à savoir que les perceptions, les émotions et les pensées puissent trouver à se lier. Il n'en reste pas moins que le texte de Mitchell est d'une grande richesse et mérite d'être lu attentivement, avec un regard critique bien entendu. Il fourmille d'indications précieuses, en particulier sur ce qui fait, dans la pratique, notre faiblesse à nous Français : la préparation de l'intervention, que nous négligeons si souvent, et les actions post-débriefing, qui chez nous peuvent être totalement absentes.

Polémique actuelle

Nous avons déjà fait allusion à la polémique développée à propos du débriefing. Ces critiques ont commencé à paraître sous des plumes autorisées dès 1995. C'est à peu près à ce moment-là que les Français reprennent la méthode pour leur propre compte et que son usage se répand dans notre pays. Nous l'avons vu, ces critiques sont probablement injustes si elles visent le débriefing de Mitchell stricto sensu. Elles ne manquent cependant pas de pertinence par rapport à certains de ses aspects mais elles ne vont jamais à l'essentiel qui est ce parti pris pédagogique qui imprègne le CISD, son but normatif et l'impossibilité qu'il instaure de lier dans une parole créatrice, faits, pensées et émotions. Quelques-unes des critiques formulées à l'encontre du débriefing de Mitchell le furent par des auteurs anglo-saxons.

B. Raphaël, L. Medrun et A.C. Mac Farlane (Raphaël, Medrun, Mac Farlane, 1995) s'interrogent sur la raison de l'engouement pour cette méthode et émettent l'hypothèse qu'elle avait répondu à trois exigences :

« Le besoin chez les non impliqués de lutter contre leur désespoir et leur culpabilité de survivants, le besoin des rescapés de parler, enfin, pour les responsables, le besoin de se montrer concernés et affectés. »

Ce qui revient à dire que lors de telles situations, il convient d'adopter des comportements culturellement prescrits. Au fond, dirions-nous, ce débriefing se présentait comme une méthode standardisée et facile d'accès pour répondre adéquatement à la situation. Il évitait d'avoir à réfléchir sur des pratiques plus personnalisées et visant le long terme, et d'avoir à mettre en œuvre une politique de soins plus complexe et peut-être plus coûteuse. Les auteurs cités formulent un autre reproche : ce débriefing prend indûment la place de projets personnalisés adaptés à chaque individu. Deahl, Guillham, Thomas (Deahl, Guillham, Thomas et coll., 1999) portent leur critique sur les débriefeurs qui sont ici des « *welfare professionals* ». Dans d'autres études prises pour référence, ce sont des infirmières d'un service de chirurgie qui « opèrent » auprès des accidentés. Dans le fond, cette polémique ne nous a rien appris qu'on ne sache déjà et a discrédité une méthode qui ne demandait qu'à être repensée. Certains des auteurs précités admettent au demeurant que leur critique porte moins sur le débriefing que sur son emploi : il est fait sans discernement en raison de la simplicité apparente et trompeuse de la procédure.

Le résultat de cette disqualification du débriefing, et qui nous paraît tragique dans certaines situations (le tsunami de décembre 2004 par exemple ou la prise en charge des victimes des attentats de Londres en juillet 2005) est que les psychiatres britanniques n'organisent pas de soins immédiats pour leurs ressortissants au moment où ils en auraient vraiment besoin. Le travail fait par leurs collègues français dans le cadre du SAMU mondial en Indonésie et au Sri Lanka montre de façon évidente l'importance qu'il y a à s'occuper des rescapés d'une telle tragédie. Des publications sont en préparation concernant et le travail fait sur place et l'accueil à Roissy et les prises en charge à moyen terme de ceux qui en avaient besoin. La précocité des soins et la qualité des psychiatres ou psychologues qui les dispensaient ont eu un effet curatif (et probablement préventif, ce qui sera tout de même à vérifier) qui, compte tenu de l'état des victimes au départ, a surpris les thérapeutes eux-mêmes (Baubet, 2005 ; Cremniter, 2005).

LE DÉBRIEFING PRATIQUÉ EN PAYS FRANCOPHONES

Une réflexion préalable s'imposait sur les buts assignés au débriefing et sur les moyens de les atteindre. En premier lieu, il était nécessaire d'être bien d'accord sur quelque chose qui ressort de l'évidence : le débriefing s'adresse avant tout à des personnes qui ont été confrontées

au réel de la mort, c'est-à-dire susceptibles d'avoir constitué un traumatisme psychique (dans le cas des viols, même sans menace de mort, quelque chose qui est de l'ordre de la néantisation de la personne peut être rencontré).

Dans les faits, cette précision a son importance. Si les victimes d'attentats peuvent être l'objet d'un débriefing, les familles des victimes relèvent, elles, d'une autre méthode, quel que soit leur degré de souffrance. Il s'agit de tenir compte du fait que le traumatisme psychique résulte d'une perception comme nous l'avons vu dans le premier chapitre. Il est cependant difficile de savoir qui, dans un groupe de rescapés, a été traumatisé ou simplement stressé.

« Il y aura trauma si la mort s'est imposée au sujet comme un réel, une perception sans médiation, dans un moment d'effroi. La scène du trauma a fait intrusion dans l'appareil psychique et s'y est incrustée, hors signification... »

(Cf. Daligand, 1997 ; Damiani, 2002 ; De Clercq, 1996, 1999 ; De Soir, Vermeiren, 2002 ; Gautier, 1998 ; Lassagne, 1998, 2001 ; Lebigot, 1997b, 1998a, 2001 ; Jeudy, 2002 ; Passamar, 2003 ; Vermeiren, 2001, etc.).

Le débriefing poursuit deux buts, dont l'un est atteint assez facilement tandis que l'autre reste hypothétique. Le stress bénéficie d'une façon très évidente de l'application de la méthode : les victimes se sentent immédiatement soulagées et apaisées. Leurs symptômes, comme les troubles du sommeil, les céphalées, diminuent ou disparaissent dans les heures ou les jours qui suivent. Cet effet, retrouvé dans toutes les études et observé par tous les débriefeurs, a été la cause principale du succès quasi universel du débriefing, en général du débriefing de Mitchell. Mais toute forme de débriefing obtient le même résultat. Ce soulagement de la souffrance des sujets n'est curieusement, comme on l'a vu, pas considéré comme un résultat thérapeutique chez Mitchell et ses imitateurs, alors que, bien évidemment, cela en est un.

Le trauma, en revanche, laisse moins voir son accessibilité au débriefing et aucune étude jusqu'à maintenant n'est venue répondre à cette question.

On peut se demander ce qui, dans la méthode choisie par les francophones, leur permet de croire qu'elle favorise le travail d'élaboration. Il est procédé là de façon très différente de la méthode de Mitchell dans laquelle les sujets sont sollicités à parler les uns après les autres d'abord des faits, puis, quand arrive leur tour, des pensées qu'ils ont pu avoir, enfin, dans un troisième et dernier temps, des émotions que

ces événements ont suscitées. Dans la pratique francophone, chaque sujet parcourt de bout en bout tout l'événement, en principe dans ses moindres détails, et mêle à chaque fois intimement les faits, les pensées, les émotions. Il est donc invité à produire une parole créatrice et chargée des émotions qui lui correspondent. C'est à un véritable travail de symbolisation qu'il est convié. Si aucun moment de son expérience ne doit échapper à la mise en mots (dans la mesure du possible), c'est que le trauma ne se résume pas à l'instant de l'effraction mais qu'il y a un avant qui le prépare et un après qui lui est subordonné. Autrement dit la pièce doit se jouer en un seul acte et tendre vers une première signification, encore que, comme nous le verrons, la guérison du trauma lui-même ne consiste pas à lui donner un sens. Mais l'ensemble de l'expérience doit être débarrassé de sa force morcelante. L'hypothèse faite par les francophones est que le débriefing, tel qu'ils le pratiquent, met la victime sur la voie d'une élaboration de l'expérience ineffable qu'elle vient de vivre et que probablement, à terme, l'élan donné à ce moment-là se poursuit chez le sujet à son insu et jusqu'à un certain point. C'est la raison pour laquelle il nous paraît impératif que le débriefing soit suivi d'un ou de plusieurs entretiens qui sont censés accentuer le processus. Nous aborderons cette question plus en détail au chapitre des psychothérapies à long terme car celles-ci permettent de mieux prendre la mesure de l'efficacité des soins post-immédiats.

Mais nous pouvons dès maintenant montrer par un exemple cette nécessité d'avoir au moins un entretien individuel après un débriefing (individuel ou collectif). Il permet au sujet de reparler de ce qu'il a déjà dit et de le compléter ; il lui permet aussi de mesurer l'effet qu'a eu pour lui la première rencontre et de juger s'il lui est utile de poursuivre ce type de travail. Mais parfois c'est une insuffisance du débriefeur qui trouve là l'occasion d'être corrigée.

Sylvie

Sylvie était sur la route du bord de mer au Sri Lanka lors du raz-de-marée. Une première vague l'a projetée à l'intérieur des terres, elle a pu courir et s'accrocher à une branche d'arbre. Quand la deuxième vague est arrivée, elle a serré la branche avec la force que donne le désespoir et a pu résister à la violence du courant. Elle est allée ensuite se réfugier sur une hauteur avec la population locale qui l'a prise en charge. C'est de manière très résumée ce qui est ressorti du débriefing initial. Puis n'ayant trouvé aucun moment d'effroi dans cet événement dramatique dans lequel elle a été prise, nous avons pensé que nous avions manqué un passage : celui de l'arrivée de la seconde et grande vague. Au cours du deuxième entretien, en réponse à notre question sur ce moment, elle nous a dit qu'elle ne s'en

souvenait plus, « un trou noir », et que c'était pour cette raison qu'elle n'en avait pas parlé la semaine précédente. Pourtant elle était d'accord avec nous sur l'importance de ce qui s'était passé pour elle à l'arrivée de cette seconde vague : les jours suivants l'ont confirmé.

Mais il n'y a pas que le traitement de l'image traumatique qui est ici en cause, il y a aussi la question de l'expérience d'abandon et de déshumanisation dont les effets délétères pour l'avenir de ces sujets ont déjà été soulignés. Dans le débriefing individuel et le ou les entretiens qui vont suivre, le transfert s'installe rapidement. Le transfert, cela veut dire qu'un lien de parole s'instaure entre un être humain et un autre être humain. La victime reprend place ainsi, au moins dans le temps de la séance, parmi les êtres parlants, car la parole qui circule ici n'est pas un message informatif dévitalisé mais une parole qui prend sa source dans le stock des signifiants conscients et inconscients dans lequel le sujet peut puiser. C'est ainsi seulement qu'il peut vraiment espérer rejoindre « le monde des vivants ».

Dans le débriefing collectif, l'effet transférentiel est plus complexe dans la mesure où s'il s'amorce initialement avec le ou les débriefeurs, son véritable partenaire est le groupe des semblables, ceux qui, comme le sujet, ont appartenu, fut-ce un instant, au royaume des ombres. La parole qui circule dans le débriefing collectif a pour effet de reconstituer une communauté humaine dans laquelle chacun retrouve sa place et travaille avec les autres à se dégager de la fascination du néant.

En 1995 et dans les années suivantes, les thérapeutes intervenant en France auprès des victimes se sont heurtés à des contestations de la part des milieux psychanalytiques. En effet, il nous était reproché, comme nous l'avons dit à propos des soins immédiats, de faire des offres aux patients au lieu d'attendre leur demande et de distordre ainsi la relation thérapeutique. Traiter la demande et la faire évoluer est en effet un excellent principe pour la psychothérapie du névrotique. Mais l'expérience avait montré, jusque-là, que les victimes d'un traumatisme ne formulaient jamais de demande auprès d'un thérapeute, ou alors très tardivement, lorsque leur pathologie les conduisait à des situations extrêmes. Ce que ces psychanalystes ne comprenaient pas,

« C'est qu'ici, en cas de traumatisme psychique, et contrairement à ce qui se passe habituellement dans le champ de la névrose, le point de souffrance n'a aucun support dans le signifiant. À partir de lui, ne peut donc pas naître une demande. Les sujets ne savent pas quoi faire de cette image du réel de la mort et n'imaginent pas qu'ils puissent avoir

un interlocuteur pour en traiter. Il faut donc aller au-devant d'eux et les aider à constituer cette demande. » (Lebigot, 2001).

Le débriefing est donc pour nous un acte thérapeutique qui cherche à permettre aux individus d'élaborer leur expérience traumatique ou, au moins, d'être mis sur la voie de pouvoir le faire, soit spontanément, soit avec l'aide d'un soignant.

Pour des raisons de commodité d'exposition, nous traiterons séparément le débriefing individuel et le débriefing collectif.

Le débriefing individuel

Il consiste, comme nous l'avons vu, à reparcourir dans le détail l'ensemble de l'événement. Il peut se faire en une séance unique ou en plusieurs séances. Cependant, il est préférable que le débriefing proprement dit soit fait en une seule fois. Il arrive de temps en temps qu'à un moment ou un autre le sujet éprouve le besoin de développer un souvenir, une autre expérience dont l'évocation s'impose à lui avec force à ce moment-là.

Ainsi cette hôtesse de l'air, victime d'un attentat qui a fait pour elle traumatiser, a éprouvé le besoin impérieux lors de notre première rencontre de raconter dans le détail un long passage de sa vie qu'elle avait toujours gardé pour elle. À la fin de son enfance, sa mère, qui était également hôtesse de l'air, avait été prise en otage lors d'une escale au Moyen-Orient. Elle était sortie de cette épreuve très affectée et avait commencé à boire. C'est sur notre patiente qu'avait reposé tout le poids de ces années effroyables où elle s'était instituée thérapeute de sa mère avec des situations de plus en plus dramatiques. Elle avait seize ans lorsque sa mère a pris la décision de s'arrêter de boire. Cependant, cette fin heureuse n'avait pas effacé chez sa fille le poids énorme des souffrances subies. Il sera à nouveau question de cet épisode dans la suite de la psychothérapie qui durera trois mois environ.

Il est bien évident que dans des situations de ce genre le débriefing, faute de temps, ne pourra être conduit jusqu'au bout en une seule séance. Mais il n'aurait pas été judicieux de reporter à plus tard ce récit tellement en rapport avec l'événement vécu par cette hôtesse.

L'intérêt du débriefing individuel par rapport au débriefing collectif est que l'événement puisse être pris précocement dans un réseau associatif, c'est-à-dire replacé dans l'histoire du sujet. En outre, nous disposons de plus de temps que dans une séance de groupe pour aborder ce qui a amené le sujet à se trouver dans cette situation, soit dans l'immédiat, soit à plus long terme, comme pour cette hôtesse de l'air

dont la mère était également hôtesse de l'air et avait été, elle aussi, victime de son métier. Il y a également plus de temps dans le débriefing individuel pour parler de ce qui s'en est suivi pour le rescapé dans l'immédiat et pour savoir ce qu'il envisage comme conséquences à plus long terme.

Il va de soi que ces débriefings individuels ne peuvent être menés que par des psychiatres ou des psychologues cliniciens et ne peuvent être confiés à un « pair », un aumônier, une assistante sociale ou l'infirmière de service de chirurgie qui a accueilli l'accidenté.

Le débriefing collectif

Les participants

Comme nous l'avons vu, ne sont concernés que les groupes ayant été confrontés au même moment à la question de la mort. Il s'agit ici généralement de groupes constitués de gens ayant l'habitude de travailler ensemble et devant de nouveau travailler ensemble : soldats, policiers, urgentistes, employés de banque, élèves d'une classe pris en otages... Dans ces groupes, chacun se connaît et ne porte pas sur ce que l'autre exprime de jugement dépréciatif : les éventuelles réactions psychopathologiques post-événement ne sont pas considérées comme la marque de faiblesse ou de lâcheté. Pour le dire plus simplement, chacun peut se mettre à la place de l'autre, sans prendre de distance critique. Ce que dit l'un doit pouvoir être accepté par l'autre, cette parole l'aidant à formuler l'expression de son vécu propre.

Pour cette raison, ne seront présents à la séance que les ressortissants du groupe ayant participé à l'événement. Ainsi, seuls, parmi les gendarmes d'une brigade, ceux qui ont accompli la mission dangereuse assisteront au débriefing ; ceux qui sont restés à la brigade ne seront pas concernés malgré leur demande parfois pressante (on peut parfois organiser plus tard un groupe de parole réunissant toute la brigade). Sera également exclu le personnel extérieur n'ayant pas participé à la mission dangereuse, quelle que soit la pureté de ses intentions : supérieurs hiérarchiques, assistante sociale, aumônier, à plus forte raison journalistes. Dans certaines situations concernant les enfants, ce sont les parents qui sont exclus. Ainsi, dans une prise en otage d'une classe, les enfants présents ont été débriefés ensemble, tandis que les parents et les élèves absents ce jour-là ont été vus non dans un débriefing mais dans un groupe de parole (expérience rapportée par G. Vila). La présence d'un supérieur hiérarchique peut également poser un problème et entraîner des difficultés dans ces séances collectives qui reposent

sur les identifications « de moi à moi ». Il appartient au psychiatre qui organise le débriefing de juger au cas par cas ce qui convient de faire.

On peut illustrer cet aspect du débriefing en racontant l'histoire de ce groupe de soldats qui avaient vécu, avec leur colonel, un événement critique. Le problème qui se posait pour le psychiatre était de savoir s'il pouvait inclure le colonel dans le débriefing : serait-il capable de se sentir au milieu de ses subordonnés peu ou pas gradés comme un parmi d'autres ? Le débriefeur, qui connaissait le colonel, a décidé de le garder dans le groupe, alors même que celui-ci avait manifesté sa réticence à l'organisation de ce genre de séance, dont il pensait qu'elle ne pouvait que fragiliser ses soldats. Après la séance de débriefing, le colonel déclara au psychiatre qu'il ne s'était jamais senti aussi près de ses hommes. C'était sa façon à lui de dire que les identifications de « moi à moi » avaient fonctionné (Devillères, 2001).

Une erreur commise par des débriefeurs montre cependant bien la nécessité de comprendre les raisons de cette règle.

Dans une prison française s'était déroulée une évasion sanglante qui avait duré plusieurs heures. Le personnel de la prison s'était trouvé dans des situations très différentes par rapport à cet événement. Les uns avaient été enfermés dans les couloirs des cellules et pris en otage ; d'autres avaient constitué des cibles parfaites sur les miradors, etc. Dans les jours qui ont suivi, des débriefings ont été proposés pour chacun des groupes qui avaient vécu des choses semblables. Le dernier jour, seules deux personnes demandaient un débriefing. Les débriefeurs les ont vues ensemble et manifestement la séance ne se déroula pas comme à l'accoutumée. Les débriefeurs avaient omis le fait que l'un faisait partie du personnel permanent et que l'autre était stagiaire (il n'était là que depuis quinze jours) ; de plus, l'un avait été enfermé dans le bâtiment central tandis que l'autre, sur son mirador, avait essuyé les tirs des mutins. Heureusement le premier avait un train à prendre et s'est esquivé rapidement, il était d'ailleurs peu touché. Le second s'est retrouvé en situation de débriefing individuel. Il a été possible, à ce moment, de faire un vrai travail ; il en avait du reste besoin car il avait subi une véritable effraction traumatique. La bonne attitude aurait consisté à voir ces deux hommes séparément dès le départ : ils n'appartenaient pas au même groupe et d'une certaine façon n'avaient pas vécu le même événement.

Le lieu du débriefing

C'est à partir de cette question qu'a été révolutionnée la psychiatrie de guerre qui était, à l'époque, la seule qui pratiquait systématiquement des soins aux blessés psychiques. La psychiatrie dite de « l'avant » a

connu ses succès en maintenant les blessés psychiques dans la zone d'action de leur unité mais à l'abri du danger.

Transposée en milieu civil, la proximité paraît moins impérieuse. Néanmoins, elle est recherchée quand cela est possible, surtout quand l'événement possiblement traumatogène est lié à l'activité professionnelle et que les victimes doivent revenir travailler sur les lieux mêmes de l'accident : salle de classe dans une école, bureau assez vaste dans une banque, salle municipale dans un quartier, etc. Lors d'une explosion dans un vieil immeuble parisien, dont les habitants se connaissaient bien, le débriefing eut lieu dans le café du coin qui nous avait réservé un espace isolé des autres consommateurs.

Mais il faut éviter à tout prix que le lieu choisi soit celui où s'est déroulé l'événement, car cela faciliterait la répétition. Dans la pratique, à défaut d'une possibilité de respecter ce principe de proximité, les débriefings faits à l'hôpital ne nous ont pas posés de problèmes particuliers.

Le moment du débriefing

Cette question est certainement plus importante que la précédente. On ne peut prendre à la lettre l'immédiateté de Salmon. On a vu que dans les critiques adressées au CISD de Mitchell, certains lui reprochaient d'exacerber les symptômes, exposant le sujet à une nouvelle violence. Il réalise, s'il est fait trop précocement, une intense « *explosure* » à l'expérience traumatisante.

Il est donc important d'attendre que la victime ait retrouvé un équilibre émotionnel et mis en œuvre ses propres défenses contre les images mortifères auxquelles elle a été confrontée. Dans les débriefings de groupe, il est difficile de savoir où chacun en est par rapport à l'événement qu'il a vécu. Il est donc prudent de se donner un délai raisonnable, ce qui n'empêche pas de voir en cours de séance l'un ou l'autre quitter la salle, gagné par une émotion qu'il ne peut maîtriser. Dans l'armée, la séance de débriefing est toujours annoncée comme n'étant pas obligatoire. Mais l'armée est une institution où ce genre de propos est à interpréter au contraire comme une injonction à y être ; mais cela n'empêche pas certains de se dérober, prétextant que des soldats n'ont pas besoin de « psy ». Or, l'expérience montre que ceux qui échappent à la séance sont ceux qui vont aller le plus mal dans les jours qui suivent et cela, non pas parce qu'ils n'ont pas participé au débriefing, mais parce que plus ébranlés que les autres, ils n'auraient pas pu faire face à une telle séance, et ils l'ont bien senti (Lebigot, 1997b). Dans l'article

cité, M. Lassagne et J. Reges, qui en sont coauteurs, nous racontent un débriefing de quarante soldats qui eut lieu à Dubrovnic.

Un avion américain s'était écrasé sur une montagne proche et des soldats français eurent à se relayer la nuit suivante pour empêcher que les cadavres et les objets éparpillés dans la nature ne soient pour les premiers dérobés et les seconds dépouillés. Dans le débriefing collectif, que ces deux médecins organisèrent, à peu près la moitié de l'effectif purent s'exprimer sur les émotions qu'ils avaient ressenties pendant les heures de garde auprès de « leurs cadavres », solitaires dans la nuit croate. Quand ils ont été revus individuellement, la semaine d'après, certains d'entre eux jouèrent vraiment le jeu du débriefing et parlèrent des fantasmes sexuels qu'avait fait naître chez eux la présence du cadavre.

La réussite d'un débriefing passe donc par une prise en compte très rigoureuse de cet aspect temporel et nécessite que quelqu'un évalue l'état psychique des participants. Dans l'armée, c'est généralement le médecin de l'unité qui remplit cette tâche. Le débriefing doit être un travail de parole sur l'événement et non une plongée dans l'événement.

Il arrive souvent que le groupe éprouvé ait eu un ou plusieurs morts dans ses rangs. Dans ce cas, il est important d'attendre que les funérailles aient eu lieu, généralement en présence des collègues ou des camarades qui ont affronté le même drame. Tel psychiatre, venu proposer dans le cadre de la cellule d'urgence un débriefing à un groupe d'ouvriers endeuillés, s'est vu agressé et renvoyé. Il a, au contraire, été très bien accueilli quand il est revenu, pour la même raison, quelques jours après les obsèques. Il est alors possible dans le débriefing de traiter à la fois l'événement et la perte dont celui-ci est la cause.

Le débriefing nécessite une situation stable et du temps devant soi pour permettre aux victimes et impliqués de prendre la mesure de l'événement, le premier moment de stupeur ou d'apparente indifférence passé. Mais s'il est pratiqué trop tard, et si les gens qui ont vécu la même situation vivent ou travaillent sur les mêmes lieux, une fable collective peut alors se construire et se fixer, qui va constituer un obstacle au travail de groupe, surtout si les médias ont abondamment couvert l'affaire. En outre, l'évolution spontanée d'un groupe confronté à l'horreur peut être de se ressouder autour de la contemplation de l'événement mortifère que les victimes ont maintenant en commun. Cela peut prendre la forme, dans certaines situations, d'un désir de vengeance. Tout travail personnel sur le drame sera dès lors impossible, d'autant que les mécanismes individuels de défense, installés pour se protéger du trauma, deviendront difficiles à abandonner. On observe bien ces phénomènes

dans les *trauma centers* où les victimes se repaissent des horreurs qu'ils ont traversées (O'Nan, 1999).

Les débriefeurs

Le fait que le débriefing soit utilisé comme méthode de soins impose que les débriefeurs soient des thérapeutes. Ce sont des psychiatres, des psychologues cliniciens — quand c'est possible — accompagnés d'infirmiers psychiatriques. Être clinicien suppose de savoir entendre la parole du patient, de savoir décrypter le sens profond de ses propos, de savoir répondre ou ne pas répondre, de savoir comment inviter celui qui parle à en dire plus même si dans un débriefing collectif on ne poussera jamais trop loin l'exercice. Être clinicien permet de reconnaître un sujet de structure psychotique qui nécessitera un abord particulier. Il n'est pas inutile que les débriefeurs aient une expérience de thérapie de groupe. Il est par ailleurs souhaitable qu'ils n'aient pas eux-mêmes vécu l'événement, bien que dans certaines situations ce soit inévitable (Devillières, 2001).

Les débriefeurs doivent être au moins deux. Il faut, en effet, que l'un d'entre eux puisse accompagner à l'extérieur de la salle le participant qui serait gagné par l'émotion, afin de s'occuper de lui de façon adéquate et de juger de sa capacité éventuelle à rejoindre le groupe, une fois la crise passée. En outre, il est bien que le meneur ait à côté de lui quelqu'un qui soit attentif à ce qui est dit et aux réactions que cela provoque chez ceux qui écoutent. Il peut lui arriver de saisir des choses importantes qui ont échappé au meneur, il pourra alors les réintroduire dans la séance à un moment qui lui paraîtra opportun.

Dans un débriefing qui fonctionne bien, les meneurs doivent favoriser ce mouvement qui fait que les participants s'adressent de moins en moins à eux et de plus en plus à l'ensemble du groupe.

Les débriefeurs doivent également faire preuve d'invention dans les situations particulières et parfois contrevenir aux règles admises pour une bonne pratique. Un exemple illustrera ce principe.

Dans le cadre d'une opération extérieure, un véhicule blindé circulant sur une piste des Balkans est accidenté et se retrouve projeté en contrebas de la route. Il y a sept hommes à l'intérieur, l'un deux, gravement blessé, sombre dans le coma. L'hélicoptère met du temps à arriver et embarque le blessé pour l'emmener à l'hôpital de campagne. On dit aux soldats, à leur retour au camp, que leur camarade va être évacué sur un hôpital militaire parisien. Rien n'est fait et il meurt au cours de la nuit. Après la cérémonie militaire, autour du cercueil qui, lui, sera rapatrié en avion sur la France, les soldats sont réunis pour un débriefing. Ces militaires appartiennent à une

chambrée de huit hommes. Ils insistent tous pour que le huitième soldat, qui n'avait pas vécu l'événement, participe néanmoins à la séance. Les débriefeurs finissent par accepter cette entorse à la règle qui préconise que seuls ceux qui ont vécu l'événement assistent au débriefing. Il s'avère, comme le prouve le déroulement de la séance, qu'ils avaient raison : une perte dans le groupe suffisait, et le soldat resté sur place avait besoin de participer au moins à l'expression de la douleur de ses camarades. La séance a débuté sur de violentes récriminations : si leur camarade avait été évacué sur un hôpital parisien, il ne serait pas mort, mais cela coûtait trop cher ; pour un gradé, ç'aurait été différent... Le débriefing était mené par un psychiatre et par un médecin d'unité. Ce dernier est allé chercher un tableau papier et leur a fait un cours sur l'hématome extradural. Il a pu leur expliquer pourquoi il n'y avait plus rien à faire quand le blessé était arrivé à l'hôpital de campagne et quels signes il présentait qui permettaient de le savoir. Ce faisant, le médecin contrevenait à une deuxième règle, dont nous parlerons plus loin, qui veut que les débriefeurs n'opposent pas aux débriefés une réalité des faits. Néanmoins cet exposé paraissait nécessaire et a suffisamment convaincu les participants pour que le débriefing puisse commencer (Raingear, communication personnelle).

Le fait que les débriefeurs soient des thérapeutes leur permet d'avoir vis-à-vis des règles une certaine liberté et d'observer une certaine souplesse selon les circonstances.

Le déroulement de la séance

Au commencement de la séance, les débriefeurs se présentent, disent qui les a envoyés, qui les a sollicités, et informent le groupe du processus qui a abouti à leur venue et à l'organisation de la séance. Ils présentent ensuite le débriefing en indiquant l'intérêt qu'il y a à parler d'un événement de cette nature, événement qui a eu un retentissement sur chaque individu comme sur le groupe dans son ensemble. On rappelle également aux personnes présentes que la participation au débriefing n'est pas obligatoire, de même que chacun peut choisir de se taire.

Est énoncée ensuite une loi de confidentialité : rien de ce qui sera dit au cours de cette réunion ne devra être répété à l'extérieur, ni par les meneurs ni par les participants. Cette question de la confidentialité est assez complexe ; si, au départ, les participants manifestent un certain scepticisme, ils oublient rapidement leur réserve et à la fin du débriefing, si celui-ci s'est bien passé, leur confiance est totale. Il convient donc qu'ils soient assurés de la confidentialité. Cependant, dans le même temps, ils peuvent également chercher à convaincre les débriefeurs de témoigner pour eux, devant les autorités, de ce qui s'est dit de leur souffrance (on peut citer comme exemple celui d'un groupe de policiers

qui avaient vécu une situation très difficile par la faute de plusieurs d'entre eux et qui étaient menacés de sanctions disciplinaires encore vagues : ils comptaient bien que le prix payé pendant l'événement leur vaudrait la clémence). Il n'est bien sûr pas question d'accepter un tel rôle. En outre, la hiérarchie souhaitant être informée de ce qui s'est dit et désirant savoir si sur un point précis elle a été mise en cause, peut, elle aussi, exercer une pression sur les débriefeurs. Mais dans ce cas comme dans l'autre, la confidentialité est respectée. Dans la pratique, cela n'empêche pas les débriefeurs de jouer de leur autorité pour convaincre les responsables de s'abstenir de mesures punitives qui auraient un effet désastreux sur le groupe. Nous n'avons pas d'exemples que cet avis n'ait pas été suivi.

Enfin, rien n'assure a priori que les participants, qui ne sont liés par aucune déontologie, garderont le silence sur les paroles échangées au cours de la réunion. En fait, pour l'essentiel — et cela nous l'avons toujours observé — c'est ce qu'ils font.

Après ces présentations, la première difficulté consiste à faire démarquer la séance car il faut qu'un des participants accepte de parler le premier. Il peut arriver qu'un volontaire se présente spontanément ou que le meneur remarque l'envie de parler d'un des participants, il suffit alors de lui proposer la parole. Parfois, dans des groupes très hiérarchisés, il est souhaitable de s'entendre à l'avance avec le plus gradé en lui expliquant que s'il ne prend pas la parole le premier, les autres n'oseront pas le faire. Ainsi dans un groupe isolé, un médecin qui avait été pris lui-même dans l'action avait dû, devant le silence des participants, commencer à parler le premier, disant combien il avait été bouleversé malgré l'habitude que lui avait donnée sa profession de soigner les blessés (Gautier, 1998).

Ce premier récit est généralement rapide, comme si le locuteur avait hâte d'en finir. Il faut alors intervenir en expliquant que ce n'est pas de cette manière que l'on va procéder et faire reprendre la narration pas à pas, parfois fraction de seconde par fraction de seconde, l'interrompant aussi souvent que cela est nécessaire. Il est effectivement important que l'événement soit examiné dans ses moindres détails, naturellement du point de vue de la victime. Ce qui a été dit au cours du débriefing constituera un socle solide pour les constructions langagières ultérieures, qu'elles se fassent à l'abri de l'inconscient, qui n'est jamais au repos, ou dans une adresse à l'autre, dans une psychothérapie. L'expérience montre néanmoins qu'il arrive souvent que, si minutieux que soit ce travail, des zones d'ombre persistent, qui correspondent à la mise en œuvre du mécanisme de déni (voir chapitre sur l'effroi).

Ces zones d'ombre ont un pouvoir pathogène. Dans le meilleur des cas, le débriefing pourra être complété des années plus tard quand, par exemple, un « détail » important « reviendra » tout à coup au sujet. Cette méthode, que nous qualifions d'un peu inquisitoriale, se distingue particulièrement des groupes de parole où c'est le participant qui décide en toute souveraineté de ce qu'il va dire ou ne pas dire.

Le sujet interrogé devra, comme on l'a dit plus haut, à chaque fois relater les faits qu'il a perçus, les émotions que ces faits ont suscitées en lui, les pensées qui lui sont alors venues, voire ses sensations corporelles. C'est une des grandes différences d'avec le débriefing de Mitchell où ces trois éléments font l'objet à chaque fois d'un tour complet dans le groupe.

« Les victimes ressentent le besoin d'exprimer leur émotion, de la verbaliser, de tenir ce discours inaugural qui induit la prise de conscience de leur propre vérité. Si on réfrène ce besoin d'énonciation et qu'on leur impose le long préalable d'une narration descriptive des situations, puis des faits, puis des actions, puis des pensées, pour reporter à plus tard l'expression des émotions, on tarit leur source, on décourage l'envie de s'exprimer et on induit un style narratif dont le sujet ne pourra plus se départir et qui, en outre, peut induire ou renforcer un syndrome de répétition. » (Crocq, 1999).

Pour les faits, il n'est pas recherché une réalité de l'événement à mettre en opposition avec la façon dont celui-ci a été perçu par chacun. En particulier le débriefeur n'occupe pas cette position qui consiste à savoir ce qui s'est réellement passé. Chaque récit est admis comme tel puisqu'il est le support sur lequel vont s'élaborer les fantasmes du sujet. C'est à partir des faits, tels qu'ils ont été perçus par la victime, qu'une parole reconstructrice va pouvoir être proférée. Les émotions ont également valeur de témoignage, Ce n'est pas leur vertu « abréactive » qui est recherchée mais la force que l'émotion donne aux mots prononcés. L'émotion marque l'ancrage du sujet dans les différents moments de l'événement qu'il a traversés. Un jugement prononcé par les débriefeurs sur les émotions exprimées est toujours malvenu.

La phrase entendue souvent, « Vous avez une réaction normale à une situation anormale », procède de cette idée que les émotions doivent se juger en termes de normalité. Les intéressés d'ailleurs attendent ce type de réassurance. Mais cela ne les avance pas beaucoup et décourage l'expression de ce qu'ont de particulier leurs réactions. Au lieu de les faire taire avec ce genre d'affirmations, mieux vaut les inciter à dire le plus possible ce qu'ils ont ressenti à tel ou tel moment.

Les pensées sont peut-être ce qu'il y a de plus important dans un débriefing, mais elles ne sont pas toujours faciles à retrouver. À chaque instant de l'événement, une ou plusieurs pensées ont jailli, qui marquent le passage d'une expérience subie à une expérience pensée et parlée. Lorsque le débriefing est suivi d'un entretien individuel, certaines de ces pensées peuvent être le point de départ d'une élaboration de l'événement. Parfois le sens ultime de ce qui a été ébauché sur le moment n'apparaît que beaucoup plus tard. Ce qui est le plus courant, c'est que le travail de pensée amorcé durant la séance se poursuit à l'insu du sujet, créant des significations qui ôtent aux images leur force destructrice. Dans certains cas le sujet devra aussi parler de ses sensations corporelles, mais il faut souvent s'abstenir de les rechercher, dans le viol par exemple. Le récit du déroulement de l'événement sera complété par des questions sur les circonstances qui ont amené le sujet à s'y trouver : était-il volontaire ou non pour participer à cette mission, a-t-il pris la place d'un camarade, s'attendait-il à quelque chose de dangereux ?... Les éléments biographiques plus personnels seront plutôt évoqués lors de l'entretien individuel. Le sujet sera aussi invité à décrire son état de santé dans les jours qui ont suivi, à parler de ses relations avec son entourage, professionnel ou familial.

Dans les débriefings qui fonctionnent bien, le récit fait par l'un est souvent interrompu par un autre, soit pour exprimer son désaccord, soit au contraire parce que la formulation du camarade a fait naître une association d'idées qu'il est impérieux de livrer tout de suite. Ces entrecroisements entre les différents récits sont naturellement à favoriser, dans la mesure où ce sont eux qui vont faire que, peu à peu, le sujet ne s'adresse plus au meneur mais au groupe. Le groupe devient le lieu du transfert et il en tirera ce qui était un des buts de Mitchell : un effet de cohésion renforcée. Néanmoins le débriefer a un rôle important, car il doit veiller à ce que tous ces entrecroisements de paroles n'aboutissent pas à un désordre peu souhaitable ici (alors qu'il n'a aucune incidence dans un groupe de parole). Il faut que chaque sujet qui parle puisse aller jusqu'au bout de son récit malgré les multiples interruptions. Ces interventions elles-mêmes doivent être encouragées à aller jusqu'au bout de leurs intentions. Cela demande une grande vigilance et c'est une raison pour qu'il y ait plusieurs débriefer afin que l'un des débriefer puisse veiller à ce que chacun ait pu aller jusqu'au bout de ce qu'il avait à dire. Il faut ajouter que les traumatisés, devenus plus que les autres très sensibles à la question d'abandon, supportent très mal d'être « laissés en plan » avec leur discours.

Les commentaires des débriefeurs sur ce qui est dit doivent être réduits au minimum et, à aucun moment, ils ne sauraient s'apparenter à un jugement, ni dans un sens, ni dans l'autre. Dans ce genre de situation, le plus tentant est évidemment de porter des jugements favorables, qui sont parfois sollicités avec insistance, c'est-à-dire de faire ce que certains appellent du « renforcement positif ». Cette question se pose régulièrement en ce qui concerne la gravité de ce qui s'est passé. Un fait peut être vécu dramatiquement par une victime alors que le débriefeur n'y voit pas matière à ressentir une émotion excessive. Il importe de respecter le ressenti de chacun et en quelque sorte de le valider. Rien de pire pour un traumatisé que de s'entendre dire : « Après tout ça aurait pu être plus grave. »

L'autre point qui nécessite une grande attention est la culpabilité. Elle est presque toujours sans fondement mais est à l'origine d'une souffrance qui égale parfois celle du traumatisme lui-même.

– Telle victime qui avait eu un pied arraché par l'explosion d'une bombe se reprochait de n'être pas venue au secours du passager qui était près d'elle et qui est mort à ses côtés : « Je n'ai rien fait pour lui, je n'ai pensé qu'à moi », ne cessait-elle de répéter (voir l'observation de Félix, p. 214 *sqq.*).

– On peut citer l'exemple de ce capitaine de pompiers qui avait indiqué à un de ses hommes la direction à prendre : ce fut sur ce trajet que l'homme fut tué par la projection d'une brique enflammée. Le capitaine se considérait comme responsable de cette mort.

Il est préférable dans ce cas d'écouter attentivement le récit, voire de demander des précisions de détails, mais il ne faut pas se mettre à la place d'un juge suprême ayant le pouvoir de décider si ce sentiment de faute a lieu d'être ou non. L'avantage des débriefings collectifs est que les commentaires de « bon sens » sont faits par des gens ayant vécu la même situation et qui ont plus de titre à apporter un réconfort, même s'ils n'ont pas d'influence profonde sur les sentiments de perte ou de faute. Les victimes ont parfois tendance, volontairement ou non, à éviter d'évoquer une des séquences de l'accident. C'est là que se produit généralement quelque chose d'important, qui n'est pas le trauma lui-même mais qui pourra ultérieurement servir au travail d'élaboration. Cela concerne généralement non la culpabilité, qui a plutôt tendance à être exhibée, mais la honte.

Comme on le comprend à travers cette description d'une séance de débriefing, le leader ne se met jamais dans la position de celui qui sait. C'est une des différences importantes qui existent avec le débriefing anglo-saxon, dans lequel le débriefeur sait ce qu'il s'est réellement

passé, ce que les sujets doivent ressentir, ce qu'ils doivent penser (voir le problème de la culpabilité) et, enfin, comment faire face aux problèmes psychologiques que les victimes risquent de rencontrer ultérieurement. Ici, au contraire, le savoir est du côté des victimes et le rôle du débriefeur consiste à les engager à exprimer ce savoir et à lui donner le maximum d'intelligibilité.

Le nombre des participants

Comme on l'a vu, participent au débriefing les membres d'un groupe constitué, qui ont vécu ensemble le même événement. Ce sont généralement de petits groupes de deux à dix personnes, mais il arrive qu'ils soient beaucoup plus nombreux. Une des solutions qui est choisie souvent est de partager les groupes. En ce qui nous concerne, nous pensons qu'un groupe déjà éprouvé ne doit pas être divisé. Les victimes doivent être ensemble aussi pour ce travail qui initie « leur sortie de l'enfer ». Certes, dans ces cas, ils ne pourront pas tous parler (nous verrons que la durée de la séance est limitée) mais chacun parlera « dans sa tête » pour soi et mesurera son discours intérieur à celui qui est tenu par les autres locuteurs. De toute façon, ils seront revus individuellement dans un deuxième temps. C'est ce qui est arrivé lors du débriefing à Dubrovnic, dont nous avons parlé précédemment.

Durée de la séance

Il y a un moment où il faut clore le débriefing, mais ce moment ne peut en aucun cas être décidé à l'avance sous forme d'une annonce sur la durée de la séance. Lorsqu'une limite de temps est fixée, les participants mesurent leur parole à ce qu'ils imaginent être le temps qui leur est imparti. On obtient des récits plats où les détails, qui sont souvent ce qui est le plus intéressant, sont éludés.

La fin de la séance résulte toujours d'une sorte d'évidence, soit que chacun ait dit tout ce qu'il avait à dire, soit que la fatigue commence à se faire sentir. Il est temps alors pour le débriefeur d'annoncer ce qui va suivre. Nous ne sommes pas partisans de prévoir un deuxième débriefing. En principe, ce qui devait et pouvait être dit devant un groupe, l'a été. Dans le cas de groupe trop nombreux, il y aurait peu de sens à se réunir uniquement pour écouter ceux qui n'auraient pas eu l'occasion et la possibilité de s'exprimer (blessés encore à l'hôpital par exemple). Le but du débriefing en serait changé. Il est préférable de prévoir des entretiens individuels dans lesquels chacun pourra, si nécessaire, aller plus loin que dans la séance collective. L'effet propre du débriefing et son élaboration ultérieure pourront être repris là. Enfin,

des conseils ou des engagements de suivi pourront être énoncés, adaptés à chaque cas particulier. Il peut s'agir d'une courte description des symptômes pouvant apparaître en différé ainsi que des indications sur les personnes et les lieux des consultations les plus appropriées.

Contre-indications

À l'intérieur des indications que nous avons données pour la tenue d'un débriefing collectif, il existe quelques contre-indications qui nécessitent souvent une information préalable des débriefeurs. Celles-ci pourront être obtenues auprès de ceux qui ont participé aux premiers secours, auprès de la hiérarchie, auprès du service médical.

Il n'est pas souhaitable de réunir un groupe dont l'un des membres est responsable de tout ou partie du drame qui s'est produit : le chauffeur d'un car accidenté s'il est effectivement fautif (alcoolisation, grave faute de conduite), celui qui a mis le groupe en péril par une action téméraire et injustifiée, et dont « la mise à mort » est supposée apporter la résolution de la souffrance de chacun.

Une autre situation, plus difficile à percevoir à l'avance, est celle où le groupe fonctionne mal : il est traversé par des conflits, des sous-groupes s'y affrontent, le chef est contesté, etc. Si cela n'a pas été perçu à l'avance, la tournure que prend le débriefing, qui devient un lieu d'affrontement, amènera le meneur de la séance à changer de projet et à adopter le style d'un groupe de parole, centré sur les problèmes institutionnels. Les sujets seront vus plus tard, pour un débriefing individuel.

À l'inverse, les troupes d'élite ont une grande cohésion. Celle-ci repose sur la confiance absolue que chacun a envers ses camarades. L'autre est a priori infaillible et aura certainement, au moment voulu, le geste approprié. Dans ces conditions, il n'est pas possible, pour aucun d'entre eux, de livrer ses états d'âme. Ils seront vus dans des débriefings individuels où ils n'auront pas la même retenue.

Le problème des otages est assez particulier. Ils ne forment un groupe homogène que parce qu'ils ont été confrontés, durablement, ensemble, à la perspective de la mort. Le caractère dramatique de ces instants les a rapprochés au point que les identifications de « moi à moi » leur sont naturelles. Encore faut-il que, durant la période où ils ont été otages, ils aient eu la même attitude envers leurs ravisseurs. Il arrive souvent qu'une partie du groupe ait adopté leur cause et ait laissé se développer des gestes de solidarité, tandis que l'autre partie s'est opposée à eux, parfois physiquement. On comprend alors que les deux groupes puissent se haïr, chacun ayant pensé que l'autre accroissait la menace vitale (Lassagne, 2001).

Un autre cas de figure mérite un examen attentif. C'est celui des gens victimes d'un accident grave, crash aérien par exemple, et qui ont survécu ensemble pendant quelques jours, dans un endroit difficilement accessible, en attendant les secours. Dans ce cas, ils ont eu le temps de se connaître et de développer entre eux une grande solidarité. Mais il peut toujours arriver que des conflits les aient opposés.

Il nous faut parler d'une dernière contre-indication qui peut paraître moins évidente et même un peu choquante : il s'agit des familles. Les débriefeurs expérimentés ont fait un jour l'expérience des limites du débriefing lorsqu'ils étaient en présence d'un ou deux parents et de leurs enfants. Nous sommes ici dans une situation où ne peuvent jouer les identifications de « moi à moi » qui sont le ressort principal du débriefing. Le parent ne pourra dire ce qu'il a ressenti devant son enfant et l'enfant sera embarrassé d'avoir à étaler sa souffrance devant ses parents. La fonction de l'idéal, ou de ses avatars, vient ici entraver la parole et imposer le modèle habituel des relations intrafamiliales. Là aussi, il est préférable d'organiser un petit groupe de parole, puis de voir chacun des membres de la famille lors d'un débriefing individuel.

Le post-débriefing

Mitchell a raison de dire que seulement la moitié du travail a été effectuée à la fin d'un débriefing collectif. Il est nécessaire qu'au moins un entretien individuel soit envisagé, parfois le jour même lorsqu'il s'agit de sujets qui vont visiblement mal, mais plus généralement dans un délai d'une semaine environ. La victime pourra alors dire ce qui ne pouvait se dire devant le groupe (parler du surgissement de fantasmes sexuels, évoquer des moments de lâcheté, faire les commentaires qu'elle souhaite sur la séance de débriefing, aborder des points de sa biographie si cela est pertinent, livrer quelques associations d'idées, etc.). Il se décidera aussi lors de cette rencontre s'il y a lieu de prévoir d'autres séances.

Lorsqu'il y a eu traumatisme psychique, on observe trois possibilités :

1. Les soins post-immédiats ont suffi à élaborer le trauma ;
2. L'effacement de la souffrance paraît acquis, mais quand le syndrome de répétition surgira, ou resurgira, le sujet saura à qui il devra s'adresser ;
3. Enfin, une psychothérapie de quelques semaines ou de quelques mois sera initialisée.

Les alternatives au débriefing

Comme on l'a vu, le débriefing collectif comporte des contre-indications. Dans ce cas on a le choix entre deux méthodes : le débriefing individuel, souvent choisi, ou le groupe de parole.

Les groupes de parole sont particulièrement indiqués pour les groupes qui fonctionnent mal (Briole, 1989) ou lorsque se posent des problèmes institutionnels. Ils permettent de régler des conflits, de définir la place de chacun dans le groupe. Ils peuvent être le préalable au débriefing individuel. Il peut arriver aussi que le temps dont on dispose pour faire une action de débriefing soit très bref, en particulier dans l'armée où les unités peuvent avoir à se déplacer sur une longue distance. Il peut être dans ce cas trop tôt pour faire un débriefing : on a alors recours au groupe de parole. Celui-ci se distingue du débriefing en cela qu'il ne suit pas un protocole précis, que les sujets ne sont pas soumis à un questionnement rigoureux et qu'ils ne disent que ce qu'ils ont spontanément envie de dire. Le risque de sombrer dans la répétition est beaucoup moins grand, les interactions sont plus nombreuses et plus vivantes mais le noyau traumatique est généralement peu abordé.

Au sortir d'un groupe de parole, le sujet dispose de moins de matériaux dans son élaboration de l'événement. En revanche, l'effet de cohésion sur le groupe, au moins à court terme, c'est-à-dire avant le déclenchement du syndrome de répétition, peut être spectaculaire. Il faut remarquer ici que bon nombre de ces actions entreprises après un événement critique, et qui sont baptisées « débriefing », sont des groupes de parole. La confusion n'existe pas seulement dans le public, mais aussi chez les spécialistes mal informés ou pas du tout sur la technique du débriefing.

Le débriefing individuel en post-immédiat ne connaît, lui, qu'une seule véritable contre-indication, c'est l'état émotionnel excessif dans lequel peut encore être le sujet. Il est remplacé par un entretien ordinaire où le praticien mesure bien les questions qu'il peut poser, généralement centrées sur l'avant et sur l'après. Si d'autres rencontres ont lieu par la suite, le débriefing sera fait par petits morceaux en fonction de ce que la victime craint mais a aussi envie de dire.

En conclusion, un débriefing individuel ou collectif, fait dans les règles de l'art, est une action thérapeutique d'une grande efficacité. Mais le débriefing est malheureusement victime de son succès. Pour des raisons difficiles à analyser, il apparaît aux spécialistes (aux pas si spécialistes que ça) et au public comme une méthode magique. Dans les pays anglo-saxons, il est conçu de telle manière qu'un sujet traumatisé

n'a aucune chance d'y trouver son compte. En France, il est très souvent appliqué avec une légèreté confondante : mélange de population hétérogène, absence de rigueur dans la procédure et résistance incompréhensible à lui donner la suite indispensable. La perte de crédibilité de la méthode qui a déjà commencé dans les pays anglophones risque de gagner notre pays. C'est tant pis pour les victimes.

Il n'est néanmoins pas impossible qu'une sorte d'*aggiornamento* ait lieu dans l'avenir quand la psychiatrie tout entière sera à nouveau capable de voir derrière les patients, des sujets.

Chapitre 10

PSYCHOTHÉRAPIES PSYCHODYNAMIQUES

L'APPELLATION de « névrose traumatique » tend à disparaître du vocabulaire de la psychiatrie. Même les psychiatres français qui sont restés plus longtemps attachés qu'à l'étranger à la première dénomination de l'affection, sans toujours savoir clairement pourquoi, ont aujourd'hui adopté un néologisme qui n'engage à rien « les syndromes psychotraumatiques ». Certes, tous savent à cause de la tradition fortement clinique de notre pays que le concept de névrose est parfaitement à sa place ici, mais le discours dominant oblige à des concessions. Au moins le « psychotrauma » leur épargne, nous épargne, d'avoir à avaliser les « états de stress post-traumatiques » de l'OMS, traduit directement de l'américain *Post-Traumatic Stress Disorder*. Dans ces *disorders*, s'il y a de l'angoisse, le stress n'a rien à faire.

Outre-Atlantique le stress, justement, est venu à cette place pour faire disparaître toute allusion à la névrose. Cette éliision volontaire n'aurait qu'une importance relative s'il ne s'agissait que de clinique, pour désigner au choix une maladie, un trouble, ou un état. Cela en a plus si on a des ambitions thérapeutiques. Dans la prise en charge de ces patients, la névrose surgit à chaque pas. Plus que la clinique

c'est le traitement psychothérapeutique qui oblige à prendre en compte la dimension névrotique si l'on veut savoir ce que l'on fait. Surtout si l'on ambitionne de parvenir à des guérisons complètes et définitives du « syndrome psychotraumatique ». Même si le succès n'est jamais garanti. Les échecs, d'ailleurs, sont très instructifs de ce que ce sont des points de fixation libidinale qui font obstacle à ce que le sujet s'affranchisse de son lien à l'image traumatique. Dans les vignettes cliniques que nous présenterons, nous mettrons l'accent là-dessus : se libérer du trauma nécessite de re-parcourir les méandres de la traversée œdipienne, sans toujours pour autant résoudre les problèmes laissés en suspens, ce serait trop beau !

Il était difficile d'entamer ce chapitre sur les psychothérapies psychodynamiques sans situer d'abord la conception des névroses traumatiques sur laquelle elles reposent, conception qui s'est construite uniquement à partir du discours des patients eux-mêmes.

Les psychothérapies psychodynamiques utilisent les concepts de la psychanalyse. Mais elles affichent des buts différents. Si l'analyse est une aventure où l'analysant est à la recherche de sa vérité, et que la guérison ne lui est donnée que « par surcroît », la guérison est ici ce qui est recherché. C'est elle que les patients viennent demander. Toutefois, à la différence d'autres psychothérapies, elles ne font pas du symptôme le centre de leur action. Il s'agit pour elles de traiter un sujet, ici un sujet traumatisé. La référence à la psychanalyse indique en premier lieu avec quelle grille d'interprétation le praticien écoute le discours de son patient. Sur le plan de sa technique, il se démarque beaucoup de la « cure type ». Ainsi d'abord n'est-il pas question d'opter pour la « neutralité » bienveillante, les patients sortant d'une expérience traumatique la prendraient pour de l'indifférence, une absence de cette empathie qu'ils ont absolument besoin de supposer chez la personne à laquelle ils viennent se confier. Du même ordre est le maniement du silence, insupportable au moins lors des premiers entretiens, alors qu'en psychanalyse le silence est ce qui permet à l'analysant de dérouler ses propres signifiants. Pas d'« attention flottante » non plus, au contraire une écoute très attentive au discours du patient ; ce sont d'ailleurs des entretiens fatigants, là aussi, au moins les premiers. « J'ai senti que j'ai été écouté », c'est ce que dira le consultant au deuxième entretien, et il a raison. Ceci ne veut pas dire que le médecin reste inactif. S'il se garde d'interruptions inopportunes, il ne laisse pas passer l'occasion de demander des éclaircissements, de poser des questions ouvrant sur d'autres temps de la vie du sujet, de faire des commentaires mais qui ne doivent être ni des jugements, positifs ou négatifs, ni des interprétations.

Naturellement, au fur et à mesure que les entretiens se suivent, surtout si la souffrance s'allège, ce qui est le plus souvent le cas, la tension diminue, voire même disparaît. Les incitations à associer deviennent plus nombreuses, les questions peuvent s'éloigner de plus en plus du sujet abordé et que le patient a l'intention de développer. La psychothérapie devient de plus en plus dynamique.

Ainsi le thérapeute se maintient-il dans la position de celui qui questionne, et si ses questions lui sont inspirées par son savoir psychanalytique sur le trauma et sur la névrose, il prend bien soin de rester dans la position du « sujet supposé savoir », selon l'expression de Lacan. On voit à cela que s'il ne s'agit pas de psychanalyses, il y a quand même des points communs.

Venons en maintenant au plan que nous allons suivre dans ce chapitre. Nous traiterons séparément les quatre types de psychothérapies que nous sommes amenés à pratiquer. Non pas qu'elles diffèrent beaucoup dans les principes qui les guident, mais ce sont les circonstances qui amènent à les entreprendre qui font qu'elles doivent être distinguées.

Nous verrons d'abord ce que nous appellerons les psychothérapies brèves et focalisées. Elles se déroulent généralement sur la lancée des soins immédiats, plus rarement à la suite du déclenchement du syndrome de répétition. Nous verrons ce qu'elles peuvent avoir dans certains cas de satisfaisant, le rescapé s'en sort à moindre frais, dans d'autres, de beaucoup moins satisfaisant : leur brièveté témoigne plutôt d'un travail interrompu.

Nous verrons ensuite les psychothérapies à court, moyen ou long terme, entreprises dans le prolongement des soins post-immédiats, ou plus tard, le plus tôt étant le mieux. Ici le détour par la névrose prenant un temps variable selon les sujets. Il arrive que ce détour soit réduit au minimum quand la consultation initiale a été demandée en urgence par des malades arrivés au « bout du rouleau » ; il ne leur reste que la mort comme solution, la leur ou celle d'un autre, ils ne se résolvent pas à passer à l'acte, mais leur certitude est que dans un délai bref l'acte projeté sera accompli, et ils en sont épouvantés.

Nous parlerons des psychothérapies intensives, plusieurs entretiens par semaine, qui se pratiquent généralement avec des sujets hospitalisés. C'est avec ces patients que le rêve et le cauchemar jouent le plus grand rôle.

Nous verrons enfin le travail qui peut être fait avec des victimes de traumatismes particulièrement graves et répétés : anciens déportés, torturés, etc.

Nous aborderons aussi l'utilisation du débriefing lorsqu'il est employé dans le cours d'une psychothérapie à moyen ou long terme, qu'il ait déjà été appliqué précocement ou pas.

Nous l'annonçons maintenant, mais un dernier paragraphe sera à part et clôturera le chapitre. Nous tacherons d'y rendre compte des mécanismes psychopathologiques à l'œuvre dans ces psychothérapies. Nous verrons le rôle central joué par la culpabilité originaires dans le rétablissement d'une barrière intrapsychique entre le monde du principe du plaisir et son au-delà.

LES DIFFÉRENTES PSYCHOTHÉRAPIES

Les psychothérapies brèves et focalisées

Elles étaient très rares autrefois et sont de pratique courante depuis la création des cellules d'urgence médicopsychologiques (CUMP), puis d'autres dispositifs d'urgence calqués sur les CUMP dans des entreprises ou des institutions. L'armée elle-même s'est inspirée de la pratique civile pour des accidents ponctuels, d'abord dans la gendarmerie, maintenant dans l'armée de terre.

Ces soins se présentent d'abord sous la forme du débriefing collectif ou individuel et de l'entretien qui les suit (voir le chapitre sur le débriefing). Les entretiens ultérieurs résultent d'un accord entre le thérapeute et son patient, lorsqu'ils partagent un sentiment d'inachevé. Le tour de l'événement n'a pas été fait complètement, quelque chose vient se rajouter, ou des événements associés paraissent mériter une plus ample exploration, un traumatisme antérieur par exemple. Parfois c'est l'état du sujet qui ne paraît pas encore satisfaisant. Malgré ces incursions dans d'autres secteurs de la vie du patient, c'est sur l'ensemble de l'événement traumatique que l'on reste concentré et généralement on quitte au bout de trois ou quatre séances un patient dont on ne sait pas grand-chose. Les résultats sont divers. Le patient a retrouvé sa joie de vivre et cette « légèreté de l'être » qui ne trompe pas. C'est peut-être déjà le moment de dire que ces patients nous avaient dès le début semblé à peu près en règle avec la « castration freudienne », s'il est permis de s'exprimer ainsi. Le substantif « légèreté », qui nous est venu à propos de ces sujets qui nous ont laissé si peu voir de leur fonctionnement inconscient, doit faire contraste avec le poids de ces objets perdus dont le névrotique s'encombre. Parfois au contraire le déni est visiblement à l'œuvre et la guérison, si elle peut durer toute la vie, n'est pas de très bonne qualité. La névrose traumatique peut parfois se

passer du syndrome de répétition, comme on a pu le voir dans quelques « syndromes de la guerre du Golfe ». Certains de ces derniers auront au moins tiré de ces rencontres l'idée du champ où ils doivent s'adresser s'ils devaient aller plus mal.

Il arrive très rarement, il faut le dire, qu'à peu près la même chose se produise après l'apparition d'un syndrome de répétition, avec moins de difficultés à convaincre l'intéressé de poursuivre un travail un peu plus approfondi.

Les psychothérapies à court, moyen et long terme

Elles prolongent souvent les précédentes pour un temps indéterminé au départ, mais qui s'annonce comme long d'emblée lorsque la symptomatologie présente des caractères de gravité et de violence.

L'autre possibilité est que la psychothérapie débute après l'apparition du syndrome de répétition, parfois très longtemps après. Contrairement aux prises en charge précoces, l'événement n'est pas décrit minutieusement, il est seulement évoqué comme à l'origine des troubles, et il n'est pas conseillé au thérapeute d'adopter le « style » débriefing. Le patient parle de sa souffrance, de ses symptômes. C'est de cela qu'il demande à être soulagé : « Je veux redevenir comme avant. »

La suite des entretiens est très semblable dans l'un et l'autre cas, le sujet se laisse porter par sa parole, aidé par les questions, les remarques, les demandes de précisions du médecin ou du psychologue. Peu à peu il aborde son histoire sans trouver que ce soit hors sujet. C'est un exercice devant lequel les individus sont très inégaux, ce qui est pour beaucoup dans la longueur du traitement. Signalons que ce n'est pas une question de QI, ni de niveau culturel, nous serions presque tenté de dire « au contraire ». Parfois, devant l'incapacité du patient à s'en remettre à sa propre parole, si c'est encore possible, il vaut mieux l'adresser à un thérapeute plus actif dans la réduction des symptômes. Mais on a parfois des surprises comme avec Julie que nous allons présenter plus loin.

Il n'est pas possible en revanche d'adresser à un autre thérapeute si le transfert s'est installé, il y aura néanmoins psychothérapie mais celle-ci ne sera plus psychodynamique du tout.

Nous en resterons là dans la description de ces psychothérapies car elles sont aussi différentes les unes des autres que les patients sont différents eux-mêmes les uns des autres. Aussi allons-nous rapporter un condensé de trois observations pour donner une idée des ressorts de ce type de travail auquel sont conviés les sujets. Dans le même temps nous donnerons une illustration de ce que nous disions dans notre préambule.

Loïc

Loïc est un jeune steward qui a tenté de réanimer une passagère allongée dans le couloir, inconsciente, au cours d'un vol. Elle meurt pendant qu'il lui fait un massage cardiaque, sous les yeux de son jeune fils avec lequel elle voyageait. La psychothérapie commence dès son retour en France, le syndrome de répétition s'est déjà installé (après une balade de quatre jours en brousse avec les autres membres de l'équipage entreprise pour se « changer les idées » et qui a été catastrophique pour tout le monde). Assez rapidement, probablement après une question, il signale le fait qu'il n'a pas de souvenirs en deçà de l'âge de sept ans. Question : « Et quel est votre premier souvenir ? » Il a huit ans. Il regarde dans la rue la voiture de son père s'éloigner, il quitte définitivement le domicile familial. Question : « Et comment avez-vous vécu après ? » – « Nous sommes restés tous les trois : ma mère, ma fille et moi. » Il rit, le lapsus ne lui a pas échappé (il voulait parler bien sûr de sa petite sœur). Il est ainsi conduit à réexaminer son enfance et son adolescence.

Avec la complicité de sa mère il s'est comporté de plus en plus en chef de famille, jusqu'au remariage de celle-ci lorsqu'il avait seize ans. Il n'a pas supporté l'arrivée de cet homme et a quitté le foyer. Sont apparus alors deux types de troubles : une sexualité défaillante (impuissance ou, au mieux, éjaculation précoce) et des conduites à risque dans des sports nautiques (sur la mer). Ce beau garçon ne peut profiter de son succès auprès des femmes, et a déjà connu deux épisodes traumatiques, dont il s'est sorti tout seul. Ce n'est pas le cas cette fois-ci, il faudra commencer par le mettre sous antidépresseurs. Dans sa psychothérapie il émet l'hypothèse que la présence de l'enfant assistant à la mort de sa mère a été pour beaucoup dans la gravité de son choc traumatique. Il a raison, la faiblesse du « pare-excitations » est souvent due à ce que la scène appelle dans le fantasme inconscient. Ici il n'était pas un steward qui tente de réanimer une passagère, mais un fils qui participe à la mort de sa mère. Il faut aussi prendre en compte le fait que les actes médicaux faits par les personnels navigants sont généralement ressentis comme une transgression, ce qui facilite l'effraction traumatique.

Dans le cours de cette analyse du moment traumatique et surtout de la reconstruction après coup de son histoire, Loïc voit ses symptômes disparaître. Les troubles sexuels aussi vont disparaître, et il fait une rencontre (la psychothérapie a duré quatre mois) qui s'annonce comme une relation durable. La chance de cet homme, de structure sympathiquement hystérique, c'est d'avoir eu des symptômes trop difficiles à porter et de vouloir s'en débarrasser quoi qu'il en coûte. La pulsion de vie, chez lui, l'emporte sur la pulsion de mort, et les entretiens pour lui allaient dans le sens de la vie.

Julie

Julie était dans la rame du RER où a explosé la bombe. Avec des amis elle était montée à l'endroit où aurait lieu plus tard l'explosion, mais elle a voulu aller à l'autre extrémité du wagon pour mieux voir les panneaux indiquant les arrêts sur le quai. Après le choc de la déflagration, ils ont devant eux le spectacle des morts et des blessés. Avant l'arrivée des secours, elle s'enfuit et prend un taxi. Arrivée chez elle, elle ne veut rien dire à ses parents qui savent ce qu'il lui est arrivé : ils ont regardé la télévision et elle est noire de fumée. Elle s'enferme dans sa chambre. Les jours suivants elle n'en dira pas plus. Elle reste couchée sur son lit sauf aux heures des repas. L'atmosphère familiale devient intenable. Pour elle aussi sans doute, car elle se laisse convaincre de voir un psychiatre. Elle est suicidaire et passe une bonne partie de son temps à revivre l'événement, de jour comme de nuit.

Les entretiens sont ennuyeux et répétitifs. Julie répète inlassablement : « Ce que je ne supporte pas c'est qu'ils soient morts à ma place. » À part cette exclamation, rien dans son discours de type pensée opératoire n'offre une accroche permettant d'amorcer un travail de réflexion. Mais elle est ponctuelle à ses rendez-vous. Quatre mois passent ainsi. Un jour en fin de séance elle s'exclame : « Ce que je ne supporte pas c'est d'en être sortie vivante. » Son visage s'anime pour la première fois, elle devient toute rouge et conclut en disant que ça fait du bien de parler. Mais il lui faudra encore quatre mois pour se mettre à l'ouvrage. Une autre exclamation lui échappe, construite comme les précédentes : « Ce que je ne supporte pas c'est à vingt-trois ans d'être aussi dépendante de ma mère. » Elle est aussi surprise que son thérapeute de cette jaculation, qui est la preuve que derrière le paravent d'un discours insipide, un travail se faisait à son insu.

À partir de là, les choses vont aller très vite. Son discours se centre sur sa famille et la place qu'elle occupe comme cadette de trois sœurs qui ont une différence d'âge minime. Sa jalousie enfantine explose. Elle découvre alors ce qu'elle appelle « sa méchanceté ». On aurait pu croire jusque-là qu'elle vivait dans une famille idyllique, quand elle parlait de ses sœurs, maintenant ses yeux se rétrécissent, sa bouche se pince, elle a le visage d'une tueuse. Ce thème ne va plus la lâcher, car il ne lui déplaît pas de se découvrir « méchante ». Il n'est plus question maintenant du trauma ni de sa dépression. La petite fille modèle et soumise est devenue une jeune femme pas commode. Elle a maintenant un petit ami sur lequel elle reporte toute son agressivité, mais elle a affaire à un coriace qui ne se laisse pas castrer comme ça et impose au contraire sa virilité de sapeur-pompier. C'est là-dessus que se poursuit la psychothérapie pendant dix-huit mois encore, avec moins de succès que pour le trauma.

Notons simplement que cette question de la « culpabilité du survivant » est moins simple qu'on ne le dit généralement.

Xavier

Xavier est un jeune gendarme. À Mitroviça il est pris dans une échauffourée extrêmement violente avec des Kosovars. Les gendarmes ont pour ordre de ne pas tirer. Un revolver se lève vers son visage et il voit dans les yeux de celui qui le tient qu'il va tirer. Il n'y aura pas de tués dans cette chaude affaire, ni de blessés.

À son retour en France, Xavier présente des cauchemars et se sent en méforme. À son affectation suivante, un soir il prend une voiture de service pour aller boire en ville, et au retour il a un accident. Il va être radié de la gendarmerie, mais le médecin-chef trouve cette affaire bizarre, cet homme avait jusque-là été très bien noté. Il demande qu'il soit vu par un psychiatre. Rien d'étonnant à ce que le sujet accepte d'être mis en congé de maladie et de commencer une psychothérapie. Il arrive sur la question paternelle. Son père faisait son service militaire en Algérie alors qu'il était un tout petit garçon. Il l'a vu revenir lorsqu'il était dans sa quatrième année. Son père est mort six à sept ans plus tard. Xavier dit qu'il avait et qu'il a encore une vénération pour lui. S'il est parti au Kosovo, c'est faute d'avoir pu être affecté en Algérie : « Le Kosovo, c'est mon Algérie à moi. » Nous avons déjà parlé de l'importance que peut avoir le contexte signifiant du trauma à propos de l'observation de Loïc, on retrouve quelque chose du même ordre ici. D'autant plus qu'après la mort de son père, il a fouillé dans ses affaires. Il a trouvé des photos de lui au retour de son service et a remarqué son visage fatigué, avec une expression de souffrance : « Il devait avoir une névrose traumatique comme moi. »

Il fait une découverte, deux oreilles séchées attachées par une ficelle. Il met du temps à comprendre le sens de ce trophée, trophée qu'il parvient à oublier jusqu'à aujourd'hui.

Quelques entretiens plus loin il raconte un rêve. Il donne la main à sa tante et ils passent devant un cimetière. À son grand étonnement ce rêve lui rappelle un souvenir qui lui revient avec une grande clarté. Il est encore un enfant et il passe avec sa tante devant un cimetière. C'est là qu'est enterré son père. Il tend son bras, le poing serré, vers la nécropole et crie un chapelet d'injures, toutes celles qu'un enfant bientôt adolescent peut connaître. La fois suivante il demande à arrêter sa psychothérapie : « Je crois qu'il y a des choses que je n'ai pas envie de savoir. » Il a repris son service depuis longtemps et le trauma n'est pas plus gênant qu'un souvenir.

Nous avons choisi ces trois observations exposées dans le rapport du Congrès de neurologie et de psychiatrie de langue française (2005) parce qu'elles sont directement lisibles. Dans chacune la problématique œdipienne se dégage avec pureté comme support de l'effraction traumatique. À chaque fois le sujet est en faute par rapport à la « castration symbolique » et reste fixé sur des positions infantiles. C'est ce qui ressort de toute psychothérapie de névrose traumatique.

Comme nous l'avons annoncé dans notre introduction, nous dirons un mot de ces traitements entrepris dans une situation d'urgence, lorsque le sujet n'a plus rien à perdre.

Comme cet homme, ancien de l'Algérie, traité pendant des années dans le service sans grand succès pour « alcoolisme et conjugopathie », qui s'apprêtait à commettre un suicide mélancolique. Là où il en était il pouvait parler de son trauma, c'est-à-dire de cette scène où il accomplissait un acte sanglant contraire aux lois de la guerre (sur ordre mais quand même...). Il n'avait jamais pu parler de ça. Il faut croire que sa fréquentation de la psychiatrie lui avait permis de faire un travail important, sans le savoir, car il guérit en un mois. Il lui a fallu vraiment peu de chose pour se désabonner à la jouissance, certes à l'hôpital avec trois entretiens par semaine. Remarquons que l'obstacle principal pour lui à une demande de psychothérapie était la honte qu'il ressentait par rapport à son acte.

Cité plus haut (à propos des passages à l'acte hétéro-agressifs), cet ancien de l'Algérie vient voir un « psychiatre militaire ». Il est dans un état d'excitation folle : il va tuer son contremaître. Il faudra trois ans pour le débarrasser de son traumatisme et deux ans de plus pour achever de débrouiller son effroyable histoire œdipienne. Sans l'urgence qu'il y avait pour lui à prévenir son passage à l'acte, cet homme violent n'aurait jamais fait de démarches thérapeutiques.

Les psychothérapies intensives

C'est une spécialité du milieu militaire, mais transposable, quand les circonstances s'y prêtent, au milieu civil. La recette est simple. Il faut pouvoir hospitaliser le patient dans un service de psychiatrie, celui où travaille le thérapeute. Le personnel infirmier doit aussi bien connaître cette pathologie. Dans l'armée, si vous n'êtes pas officier ou sous-officier et que votre traumatisme se manifeste précocement par une symptomatologie anxieuse ou dépressive, vous êtes évacué sur le service de psychiatrie. Généralement c'est là qu'en moins de vingt-quatre heures se déclenche le syndrome de répétition, ce qui aide beaucoup ces jeunes soldats à admettre qu'ils sont là à leur place.

Ils se prêtent bien aussi aux nombreux entretiens qui leur sont proposés dans la semaine. Ils découvrent avec étonnement l'« Autre scène » et deviennent vite curieux des messages que leur apportent cauchemars et rêves.

Ces psychothérapies durent deux à trois semaines, parfois plus ou beaucoup plus dans un contexte névrotique sévère, et se terminent plus nettement que les autres par un rêve de culpabilité. Quelques exemples :

Marc

Marc, appelé du contingent, a été agressé dans un parking souterrain par une bande de voyous qui l'ont forcé à jouer à la roulette russe. Dans le rêve terminal il est avocat et il plaide avec chaleur pour un accusé dont il est persuadé qu'il est innocent. Quelqu'un lui glisse un papier qui arrête net sa plaidoirie. Le lendemain il raconte son rêve : « Je ne sais plus ce qu'il y avait sur ce papier, mais ce qui est sûr c'est qu'il n'était pas innocent. » (Lassagne, 1995)

René

René, militaire du rang, est victime de sévices graves de la part de ses camarades de chambrée, alors qu'il a un passé d'enfant maltraité. Il rêve plusieurs fois qu'il est enfermé dans un tunnel. Cette fois il voit « le bout du tunnel », la lumière du jour.

Alain

Alain est un jeune Franco-Libanais qui rentre de vacances à Beyrouth, alors en pleine guerre civile. Il est allé voir son grand-père paternel pour lequel il a une adoration sans bornes. À Beyrouth, il a assisté à une scène atroce : deux hommes sont attachés par les pieds à l'arrière d'une voiture roulant à moyenne allure sur une chaussée défoncée. Il écourte son séjour et prend l'avion du lendemain. Quinze jours plus tard il est incorporé. La vue des treillis et des armes lui déclenche une spectaculaire crise d'angoisse, et il est admis en psychiatrie où les cauchemars apparaissent dès la nuit suivante. Puis ses cauchemars, qui le terrifient, vont se modifier assez vite à partir du reproche qu'il se fait de n'avoir rien tenté pour dissuader les miliciens. Un rêve clôturera la névrose traumatique. Il veut rejoindre la maison de son grand-père, mais elle est entourée de barbelés. Il rampe pour passer dessous, mais à mi-chemin il se trouve face à un milicien qui pointe son fusil sur lui. Il hurle qu'il est français, dans l'espoir d'être épargné, et il tend son passeport. Puis il s'aperçoit que ce qu'il a donné au milicien ce n'est pas son passeport mais son livret A de La Caisse d'épargne.

Les psychothérapies de soutien

Il y a enfin un type de psychothérapies que nous n'avons pas abordé, et que nous ne savons pas très bien comment appeler. Elles s'adressent à des sujets qui ont vécu des traumatismes graves, répétés à un moment particulier de leur vie, et dans un contexte de stress intense. Quatre situations sont aisément repérables : les anciens déportés de camps

allemands ou viet-minhs, les torturés, ceux qui, enfants, ont été victimes de sévices et les otages de longue durée. Outre les liens qui peuvent les attacher à un ou plusieurs éventuels traumatismes, ils ne peuvent envisager de « guérir » d'une partie si importante de leur vie, ce qui signifierait la passer par pertes et profits. Devenus adultes, ces derniers n'ont pas la même clinique que les traumatisés d'âge plus tardif. Il n'est plus possible ici de parler de névrose traumatique. D'abord supposer que toute la population d'un camp ou presque est névrotique n'aurait pas de sens. D'autre part, la structure de la personnalité « antérieure » n'est pas reconnaissable, car les images traumatiques forment dans l'appareil psychique un bloc trop massif et étendu, mêlé à d'autres souffrances inoubliables. La symptomatologie aussi est très différente et nous renvoyons à l'article très complet de Targowla, qui décrivait un syndrome asthéo-dépressif (Targowla, 1950) des déportés et prisonniers. Le traitement est difficile et ne touche à peu près jamais au cœur de la souffrance. Les traumatismes eux-mêmes ne sont jamais décrits et leur simple évocation fait surgir une très grande émotion. Seule une relation transférentielle de qualité a une petite efficacité, ce qui suppose de ne pas être insistant pour obtenir un récit des faits. S'aider d'un accompagnement social et administratif n'est pas inutile, ainsi que parfois la prescription de psychotropes. Nous n'avons pas eu à traiter des victimes de la torture, mais F. Sironi semble avoir trouvé un moyen de contourner les obstacles que nous évoquions. Les patients ne sont pas invités à parler d'eux, mais à reconstituer les buts profonds de leurs bourreaux (Sironi, 1999).

Le débriefing différé

Le débriefing est une méthode de soin conçue pour les soins post-immédiats, et il se révèle une excellente introduction à une éventuelle psychothérapie à court, moyen ou long terme. Tout ce qui dans l'événement est utile pour la suite n'y a pas forcément été dit, mais viendra à son heure dans la succession des entretiens (Lebigot, 2001).

Lorsque la prise en charge a lieu tardivement, il n'est généralement pas souhaitable de commencer par le débriefing. Ce n'est pas pour traiter de l'événement que le patient vient nous voir, mais être soulagé de ses symptômes. Commencer par un questionnement sur ce que justement il veut oublier est vécu comme agressif, et de toute façon ce n'est pas sa demande. Celle-ci devra bien sûr évoluer, mais pas forcément dans ce sens-là.

Dans le premier entretien l'événement est survolé au niveau des faits, ou à peine évoqué. Plus tard, en revanche, quand le transfert est installé (on verra pourquoi ce peut être important dans le second exemple) on va parfois avoir recours à la technique du débriefing. Soit que c'est implicitement ce que le patient demande, il s'est produit des choses qui lui reviennent en mémoire et qui nécessitent de reparcourir les faits, les émotions, les pensées. Soit que le thérapeute juge nécessaire de revenir au point de départ. Cela peut se faire selon les cas de deux façons : fragmentée en fonction des thèmes abordés, ou d'un seul tenant. Quelque chose d'important a été occulté, volontairement ou non. Deux exemples vont nous permettre d'illustrer ces « *come-back* » du débriefing.

Mike

Mike est un professionnel du cinéma. Il doit être né sous une mauvaise étoile, car à six ans d'intervalle il a subi deux agressions avec revolver sur les tempes ou sur la nuque d'une grande violence. Lors de la première, le temps de l'effroi est voué à l'image, une brève hallucination : « Je croyais que j'étais mort et... » il a vu tout devenir rouge, le sol était recouvert d'une nappe de sang et un corps troué de balles se roulant dedans. Après trois mois de psychothérapie les cauchemars disparaissent, il n'a des « flashs » que quand il retourne sur les lieux de l'événement. Il est vu une heure deux fois par semaine mais ne raconte que quinze jours après l'avoir fait le rêve suivant, qui aurait dû être un rêve de fin de traitement, et encore après y avoir été poussé par une question précise (à un moment où dans la réalité il avait perdu en une seule soirée plusieurs objets se rapportant à son travail). Dans son rêve il perd sa camera « ultrasophistiquée ». Ajoutons enfin qu'enfant (trois ans) il a eu le visage brûlé au troisième degré et que la cicatrisation ne s'est terminée qu'autour de ses dix-huit ans. Un symptôme de névrose traumatique demeure tenace qui date de sa première agression : il sort très peu de chez lui car quand il est dehors, il a un sentiment de menace diffuse et sent une multitude de regards braqués sur lui. Il était intéressant de faire une séquence débriefing sur les échanges de regards entre lui et ses divers agresseurs. Cela l'a amené à parler des regards qui étaient posés sur lui du fait de sa défiguration dans son enfance et son adolescence, sujet qu'il n'avait jamais pu aborder. Cela l'a amené aussi à parler du regard « dur » de son père, « un officier de haut rang dans l'armée », et il associe sur les serpents qui fixent leur proie, les paralysent et les dévorent. « Si j'avais un regard comme mon père, mes agresseurs auraient lâché leurs armes et se seraient enfuis. Au lieu de cela je les ai implorés lamentablement de me laisser en vie... J'ai honte. »

Nous retrouverons dans l'observation suivante ce thème de la honte qui est souvent un point de résistance dans la psychothérapie. Il « oublie » de venir à la séance suivante, ce qui ne lui est jamais arrivé.

« Quand je suis sorti d'ici la dernière fois, j'ai été dans un véritable état de frayer pendant deux ou trois heures. »

Remarquons que si nous avions jugé possible de faire un débriefing « à la française » au début de la prise en charge, nous aurions probablement recueilli dans le récit la supplication humiliante, et peut-être aussi le regard dur du père. Nous aurions gagné du temps.

Farid

Farid est étudiant en Algérie. Au bled il est capturé avec quelques camarades par des terroristes et enfermé dans une maison. Tous savent qu'ils vont être égorgés. Pour une raison trop longue à exposer ici, leur mort est différée. Il arrive à parler avec un de ses geôliers et à lui demander pourquoi il fait ça, que ça n'a pas de sens, qu'il est certain qu'après la mort de leurs otages l'armée va les massacrer. « Je ne comprenais pas, c'étaient des jeunes comme moi, ils avaient vécu comme moi dans cette région... J'ai pu discuter avec l'un des terroristes, il m'a dit qu'il avait été attrapé par la police, torturé et violé et qu'il n'avait plus rien à perdre... alors je me suis laissé aller totalement, je me suis abandonné à la mort. » Une nuit une attaque surprise de l'armée algérienne les fait échapper miraculeusement à cette horreur finale qu'ils savaient inéluctable. Rentré à Alger, Farid est déprimé, mais surtout son pays lui fait horreur. Il faut absolument qu'il parte en France. En France, il va encore plus mal. Au lieu de s'intéresser à ses études, il se met à boire, se bagarre dans les cafés, mais fréquente aussi les médecins pour se faire traiter, d'abord par des généralistes pour des prescriptions d'anxiolytiques et d'hypnotiques, puis des psychiatres. Il essaye toutes les méthodes disponibles sur le marché de la psychotraumatologie : hypnose, TCC, EMDR, psychanalyste, etc. Il est hospitalisé plusieurs fois dans des services de psychiatrie, mais ça se termine toujours mal, il se fait mettre dehors. Il a réussi à survivre en étant portier de nuit dans un hôtel, de toute façon ses cauchemars l'empêchaient de dormir. Un jour il touche le fond, cinq ans déjà qu'il est à Paris ! Il s'adresse à l'hôpital militaire. Nous voyons arriver un grand et beau garçon, élégant, maîtrisant parfaitement le français, mais son visage exprime une tristesse insondable. Il raconte son histoire et est hospitalisé. Moins à cause de son état que pour nouer rapidement une prise en charge intensive. Il accroche bien à la psychothérapie et revient régulièrement. Mais les choses ne vont pas aussi vite que prévu. Il doit être réhospitalisé plusieurs fois pour des états de profond délaissement. « Je n'ai qu'une envie c'est de me laisser complètement aller, comme quand j'attendais la mort. » Et la psychothérapie n'avance plus. Certes il a retrouvé son humour algérois, il a beaucoup moins de symptômes, mais il lui reste encore du chemin à faire. Il avait eu un débriefing en règle dès le deuxième entretien.

Mais il semblait nécessaire d'y revenir, quelque chose d'important avait peut-être été occulté, volontairement ou non. Visiblement la proposition lui déplait mais il va jouer le jeu. Après que le jeune terroriste lui eut raconté

sa sinistre histoire, il a pris partie pour ses futurs meurtriers, leur a proposé qu'ils lui donnent un fusil et qu'il monte la garde avec eux. Il n'a pas su les convaincre, « mais j'étais de tout cœur avec eux, leur cause me semblait juste... c'est incroyable, j'y croyais vraiment, tout ça pour sauver ma peau alors que je savais que je ne la sauverais pas de toute façon... C'est la honte qui m'a fait boire comme ça pendant des années ! » Le débriefing se termine là-dessus. Farid est très mal, et ce n'est pas sans angoisse que nous le laissons repartir dans cet état. La semaine suivante il revient dans le même état d'angoisse et de dépression coléreuse : tout ce qu'il a dit la fois précédente n'est pas vrai, à cause de nous il a passé une semaine terrible, etc. Il ne reviendra plus pendant trois ou quatre mois, puis téléphonera pour un rendez-vous. Nous retrouvons le Farid d'avant dans ses bons jours, détendu et enclin à plaisanter, mais cette fois pas pour nous séduire : pour que nous l'épargnions. Il a trouvé la raison pour laquelle il a embrassé la cause des terroristes : « Je crois que j'ai voulu que ma mort ait un sens. » Il a raison. Pendant ces mois, il n'est pas resté inactif : Il est allé voir des organismes d'aide aux victimes qui lui ont indiqué la marche à suivre pour obtenir un stage de reconversion. Il a maintenant le pied à l'étrier et continuera jusqu'à retrouver le niveau universitaire qu'il avait lorsqu'il a quitté l'Algérie. Nous le voyons peu pendant ces deux ans, il vient faire renouveler sa petite ordonnance d'antidépresseur. La psychothérapie a été interrompue, mais il est d'accord pour la reprendre dès que ses études seront terminées et qu'il aura un emploi correspondant à ses compétences actuelles. Il le sait, il n'est pas complètement guéri de sa névrose traumatique. Le moment venu, il a changé d'avis : « Ca fait partie de moi maintenant, c'est ma vie. »

Nous avons longuement développé cette observation pour montrer l'importance qu'il pouvait y avoir à faire ou à refaire un débriefing en cours de psychothérapie. Mais aussi parce qu'elle nous a appris que la honte pouvait bloquer le cours d'un travail d'élaboration. En repensant à d'autres patients, l'importance de ce point qui nous avait échappé alors, et qui avait retardé leur progression, nous est apparu. La difficulté, c'est que les patients parlent peu de leur honte, et qu'il faut être très attentif à en retrouver la trace dans leur discours. Et savoir que la honte provient plus souvent d'un acte commis par un autre : par exemple le père qui, par lâcheté, ne fait pas ce qu'il faut pour secourir son fils pendant l'événement, ou assister à des atrocités commises par les siens.

LA FAUTE ET L'ORIGINAIRE

Le fœtus, on peut le supposer, vit dans un état de jouissance permanente où ses besoins sont satisfaits avant même d'être ressentis.

Après sa naissance, l'entourage s'efforce avec plus ou moins de bonheur de reproduire des conditions analogues, sans parvenir à lui éviter des moments où la jouissance fait place à un éprouvé de néantisation : la faim, les divers maux de cet âge... En entrant peu à peu dans le langage il fera l'expérience de devoir passer par les mots des autres pour faire aboutir ses demandes. Rétrospectivement, les périodes précédentes seront fantasmées comme le « paradis perdu », qui recelait un objet de satisfaction totale et permanente, qualifié d'« objet perdu » par Freud. La néantisation, compagne indissociable de la jouissance originaire, est absente du fantasme et ne réapparaît que si le sujet s'approche d'un tel objet de complétude (dans la psychose).

Ce que perçoit l'enfant qui est encore loin de s'être approprié le langage, c'est qu'il y a une Loi qui à la fois le contraint à quitter le paradis d'avant si proche, d'accepter le manque et de faire siens les mots qui sont ceux des autres. Il y a là comme un traumatisme originaire qui fera l'objet d'un premier refoulement. Mais en attendant il sera plutôt possédé par la tendance à revenir en arrière, à enfreindre cette Loi qui ne cesse de montrer toujours plus qu'elle ne doit pas être transgressée. C'est dire que l'enfant est toujours plus confronté à la faute, la faute comme étant à l'intérieur de lui.

L'apogée de ce qui est devenu un désir fautif, interdit, est atteint au moment de ce qui est classiquement appelé le « complexe d'Œdipe ». Le désir d'inceste est ce qui fixera pour toujours l'horizon de tout désir. Si le psychotique et le pervers ont leurs façons de rejeter ou de tourner la Loi au prix d'un retour de l'angoisse de néantisation, le névrotique, d'une façon différente, est aussi aux prises avec cet interdit. Il a plus ou moins renoncé à trouver l'objet perdu, il est plus ou moins satisfait de ce qui lui a été donné en échange, la parole et une place dans la société des hommes. Ainsi, si le sujet est du côté du plus, la culpabilité n'aura pour lui que le poids d'une boussole pour orienter ses désirs. S'il est du côté du moins, l'horizon de l'objet perdu sera plus proche, la culpabilité pèsera plus lourd dans sa vie au point qu'il pourra préférer le malheur au bonheur, car ce dernier porte avec lui une menace de châtement, voire dans certains cas une menace de retrouver l'angoisse de néantisation. De fait, c'est plutôt l'angoisse de castration qu'il rencontrera, qui est venue chez le névrotique prendre la place de l'angoisse de néantisation, c'est-à-dire la confrontation à la perte de quelque chose de précieux. L'autre différence entre les deux angoisses est que l'angoisse de castration, elle, peut se dire. Donnons un exemple pris dans le champ psychotraumatologique.

Un gardien de prison est pris en otage par un détenu armé et amené dans le centre de la cour. Tout autour sont postés des tireurs d'élite de la police. À un moment les négociations se tendent et le revolver s'enfonce dans son cuir chevelu : ça y est il va tirer, la mort, le néant c'est pour maintenant. Il voit apparaître devant ses yeux une carte comme celles qu'il y avait à l'école représentant une coupe de la tête, qu'une balle traverse de l'occiput, où s'enfonce le revolver, jusqu'au front, où elle sort laissant derrière elle un sillage de sang. C'est l'effroi qui fait apparaître une image réelle. Sans doute les négociateurs ont-ils perçu que le détenu allait tirer et l'atmosphère se détend, la pression du revolver se relâche et le gardien a une deuxième hallucination, il voit devant lui sa femme et ses trois enfants, c'est-à-dire ce qu'il va perdre du fait qu'il va mourir. L'angoisse de castration succède à la forme que prend l'angoisse de néantisation dans le trauma (où il est vrai que le sujet est au-delà de l'angoisse, le néant est déjà installé en lui).

Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, le trauma réactualise toute cette problématique par sa faculté à pouvoir figurer l'objet perdu. Et plus le sujet sera du côté de la névrose, plus difficilement il acceptera de s'en séparer. Aussi, n'est il pas étonnant que dans les psychothérapies psychodynamiques nous retombions sur la période œdipienne. Nous avons choisi à dessin les observations de Loïc, Julie et Xavier, parce qu'elles se prêtent à décrire en quelques lignes comment le trauma perd de son pouvoir d'attraction lorsque le désir d'inceste affleure dans la psychothérapie. Le scénario qui le porte est à chaque fois différent : prendre la place du père pour l'un, jalousie morbide pour les rivales pour l'autre, idéalisation forcenée du père qui est venu prendre sa place auprès de sa mère et a eu la mauvaise idée de réaliser, quelques années plus tard, le vœu inconscient de l'enfant en mourant. À partir de cette redécouverte des enjeux de la traversée de l'œdipe, le trauma perd sa fonction obturatrice du désir et ce sont les autres dévoiements dus à la période qui polarisent l'attention du patient.

Le trauma est un franchissement du refoulement primaire, un coup d'œil jeté sur l'originnaire. C'est de cela que témoigne la culpabilité. Aussi est-elle la porte par où s'échappe la parole libératrice dans le transfert.

Resterait à comprendre pourquoi les psychothérapies intensives vont plus loin dans la recherche des origines de la culpabilité. Au-delà de la faute œdipienne, elles se terminent sur la faute première, celle qui accompagne le petit enfant dans sa marche vers le statut de sujet. Le patient lui-même n'y comprend rien et d'ailleurs n'a jamais l'idée qu'il y aurait quelque chose à savoir sur ce qui l'a délivré du trauma. Quel rapport pourrait-il y avoir entre le fait de perdre une dent (rêve de

castration) ou celui de comparaître devant un tribunal sans accusation précise ? Peut-être la raison en est-elle que l'utilisation de la vie onirique nourrit presque chaque entretien, qu'ils sont ainsi plus près des vérités premières et qu'ils ne comprennent pas grand-chose à ce qui se passe. Cela, joint à la rapide succession des séances, pourrait faire qu'ils avancent plus vite et vont plus loin. Mais il est vrai aussi qu'une fois l'objectif atteint, aucun ne cherche à aller au-delà du résultat recherché et obtenu.

Tout cela va à l'encontre de ce qui est souvent dit par les psychodynamiciens, que le traitement a pour but de donner un sens au trauma. Le trauma n'a aucun sens et ne peut en avoir. Nous n'avons jamais vu un patient guérir en donnant un sens à ce qui lui est arrivé et nous imaginons leur étonnement si nous leur demandions quel sens le trauma a-t-il pour eux. On obtiendrait parfois des réponses qui iraient dans le sens de fautes diverses commises dans le passé et en attente d'un châtement. Il y a là de quoi nourrir une nouvelle psychothérapie.

CONCLUSION

Plus que la clinique encore, les psychothérapies psychodynamiques plaident pour le maintien du concept de névrose traumatique. Toutefois, il faut prendre le terme de névrose dans son acception large ; il est certain que sans le trauma beaucoup de nos patients auraient mené une vie satisfaisante, comme Xavier dans nos exemples. De surcroît, beaucoup de thérapeutes appartiennent probablement à cette catégorie des névrotiques, ce qui ne les empêche pas de faire bien leur métier. S'est-on demandé quelle est la motivation profonde des psychotraumatologues ? Sans doute feraient-ils eux aussi « une réaction normale à une question anormale » !

Si elles sont à notre avis les plus satisfaisantes pour l'esprit et pour ceux qui en bénéficient, ces psychothérapies présentent des inconvénients et des limites. D'abord un certain nombre de patients ne peuvent en profiter, pour des raisons multiples : ils ne peuvent se laisser aller à leur propre parole, ou les circonstances de leur prise en charge sont par exemple l'aboutissement d'un conflit familial ou professionnel, ou le déni ou le clivage occultent ce qu'il y aurait à traiter, ou encore leur lien au trauma est trop fort. Soit que celui-ci représente une période de leur histoire à laquelle ils sont particulièrement attachés, soit que le trauma ait été comme l'accomplissement de leur destin tel qu'ils aimaient à se le représenter, dans l'ordre du sacrifice le plus souvent. Le contexte

historique de l'événement peut avoir aussi son importance (là souvent c'est la honte qui est à l'origine de l'impossibilité de parler, même si l'intéressé n'a rien à se reprocher personnellement). L'autre limite à l'entreprise d'une telle psychothérapie est le temps que le thérapeute, mais aussi le patient, doivent consacrer pour un résultat qui n'est jamais donné d'avance, même si c'est la guérison qui est visée et souvent obtenue.

La diminution du nombre de psychiatres auxquels on demande dans le même temps de plus en plus de choses, et la perte de vitesse de la psychanalyse, en France, ne rendent pas optimiste sur l'avenir des psychothérapies psychodynamiques¹ dans notre pays.

1. Récits de psychothérapies psychodynamiques à consulter éventuellement : Guy Briole (1988b), « Le revolver » ; Éric Jeudy (2001), « Tu aurais mieux fait de faire un enfant » ; Michel Lassagne *et al.* (1995), « La question de la culpabilité dans le traitement de la névrose traumatique ».

Chapitre 11

QUATRE OBSERVATIONS DE PRISES EN CHARGE

LE CAUCHEMAR ET LE RÊVE DANS LE TRAITEMENT DE LA NÉVROSE TRAUMATIQUE : PIOTR¹

Lorsqu'ils ne sont pas traités précocement, ou que la symptomatologie présentée est sévère, les états post-traumatiques peuvent nécessiter un travail psychothérapique de plusieurs semaines, mois, voire années. L'importance des cauchemars dans le syndrome de répétition amène les patients à s'intéresser à leur activité onirique. Au cours de la prise en charge, beaucoup parmi eux acceptent d'en faire systématiquement le récit et se révèlent capables de produire des commentaires qui favorisent l'élaboration psychique du trauma.

Généralement on assiste à l'évolution suivante : les cauchemars de répétition, immuables, commencent à inclure des éléments appartenant à l'histoire du sujet ou témoignant de son activité fantasmatique. Puis, apparaissent des rêves d'angoisse. Enfin, la guérison se signale par un

1. F. Lebigot (1999), « Le cauchemar et le rêve dans la psychothérapie des névroses traumatiques », *Nervure* XII (6), pp. 16-19.

ou plusieurs rêves qui mettent en scène une comparution devant un tribunal pour une faute non précisée, ou l'aboutissement d'un parcours initiatique, ou une action, un discours, des représentations empruntant leur symbolique à la castration (freudienne). Ce rêve de clôture n'est pas toujours présent, c'est alors le discours du patient qui se déploie autour de ces thèmes.

L'expérience traumatique, la rencontre avec sa propre mort, avec le « réel » de la mort, réalise une transgression équivalente à celle de l'inceste (Daligand, 1984 ; Lebigot, 1997c). Elle suscite une fascination, dont témoigne le syndrome de répétition et provoque une grande culpabilité, consciente ou préconsciente. C'est elle qui sera toujours le moteur de la psychothérapie, la faute du trauma devant être endossée par la faute œdipienne commune à tous les hommes. Le cheminement permet au sujet de rejoindre la « communauté des vivants » (Daligand, Cardonal, 1996) dont ses retrouvailles avec l'« objet perdu », l'originnaire marqué de la pulsion de mort (Gonin, 1998) l'avait exclu. Lorsque ce travail sur la culpabilité échoue, le traumatisé se pose en pure victime et s'épuise à dénoncer des persécuteurs : le préfet, la société, l'armée, la Sécurité sociale, le fonds de garantie, les tribunaux, les experts, etc.

L'observation que nous présentons ici retrace bien ce parcours. Il s'agit du travail d'un patient au cours de ses six mois d'hospitalisation. La gravité de l'état initial justifiait un aussi long séjour à l'hôpital. Un traitement médicamenteux, à base de *Nozinan*® et d'*Anafranil*® à doses élevées les deux premiers mois, puis progressivement décroissantes, a beaucoup aidé à l'accomplissement du processus thérapeutique. Les entretiens, deux à trois par semaine, duraient une heure. Précisons enfin qu'il ne s'agissait pas d'une psychanalyse et que nous avons dû souvent intervenir concrètement et avec autorité dans la vie de ce soldat, particulièrement dans sa période de passages à l'acte.

Le trauma

Piotr est un légionnaire de vingt-trois ans, originaire d'Europe de l'Est. Il vit en France depuis qu'il a l'âge de dix ans. Il s'est engagé alors qu'il venait d'entrer dans une école hôtelière. Ce n'était pas sa « vocation ». C'est un beau type de slave, sportif (il a participé à des compétitions de haut niveau), intelligent. Il plaît aux femmes mais, comme Don Juan, c'est la conquête qui l'excite. Comme ce héros également, il cherche à serrer la main glacée du Commandeur : la légion est le lieu du dernier défi qui l'excite encore, le défi à la mort.

Les choses vont se passer différemment de ce qu'il avait imaginé. Ses qualités intellectuelles et physiques lui valent immédiatement d'excellentes notations, mais son désir effréné de se montrer toujours meilleur que les autres suscite la méfiance des cadres. La légion cultive l'« esprit de corps » et n'aime pas les héros solitaires. Il est employé à l'instruction des jeunes recrues puis, au lieu de rejoindre les commandos d'élite affectés aux missions périlleuses, il doit commencer des études d'infirmier. Pour Piotr c'est une brimade. Il est amer, déçu et perd la foi. Son diplôme obtenu, il demande à partir pour Djibouti, où le niveau élevé de la solde compensera le manque à gagner narcissique.

À Djibouti donc, un soir, les légionnaires originaires de l'Europe de l'Est fêtent le départ de l'un des leurs. Ils boivent pas mal et commettent quelques dégâts. Trois d'entre eux, dont Piotr, sont considérés comme responsables (ce sont les plus gradés) et convoqués au petit matin dans le bureau du lieutenant. Celui-ci les réprimande violemment, les traite d'« alcooliques et de bons à rien » ; il faut noter que notre sujet n'est pas alcoolique, on devinera plus loin pourquoi. C'est un buveur d'eau, sauf dans des occasions conviviales, des « fêtes ». L'officier leur inflige une dure punition : casser à la masse une dalle en béton, aux heures chaudes et sous un soleil ardent. Ils sont encore alcoolisés et Piotr en est à sa deuxième nuit sans sommeil.

Très vite il se sent défaillir, avec la conviction qu'il va mourir. Ses genoux fléchissent et il croise à ce moment le regard du lieutenant dans lequel il lit une haine indicible. Il sombre dans le coma. Les soins d'urgence sont prodigués et un hélicoptère l'amène tout de suite en réanimation à l'hôpital de Djibouti. Il présente une fièvre élevée et des convulsions. Le coma persiste plus de 48 heures : il est évacué sur le Val-de-Grâce. Quinze jours plus tard il rejoint le 1^{er} régiment étranger à Aubagne, en convalescence. Une asthénie, des céphalées, des troubles du sommeil apparaissent rapidement, puis un état dépressif qui conduit le médecin du corps à l'hospitaliser en psychiatrie à l'hôpital militaire Laveran à Marseille. C'est là qu'il a ses premiers cauchemars, reproduisant l'événement. Mais aussi s'installent des idées délirantes de persécution, et il tente de se défenestrer. Il est évacué sur Paris où il a sa famille.

Nous recevons un garçon mélancolique, persuadé que la Légion est partout : elle le fait surveiller, les médecins lui font des rapports, les malades du service sont de faux malades. Le but final de cette manigance est de le tuer discrètement.

Une prise en charge inhabituelle

Aussi curieux que cela soit, les entretiens psychothérapeutiques sont dès le début d'une grande richesse malgré son délire. De manière assez touchante, il demande un jour s'il n'existerait pas un médicament qui lui permettrait d'avoir confiance en son médecin.

Piotr parle surtout, d'abord, du regard du lieutenant :

« Ce regard m'a tué, pas physiquement mais ma personne. [Il a agi] comme un tampon que l'on met dans un verre d'eau, on le ressort, il n'y a plus d'eau dans le verre. »

Il ajoute par exemple :

« Ce regard me suit partout... c'est comme quand vous allez au Louvre, vous regardez Monna Lisa puis vous continuez et vous emportez ce regard avec vous. »

Ce regard est le point culminant des cauchemars où il revit toute la scène. Une nuit, il fait aussi un rêve où il se suicide. Son père s'est suicidé il y a quelques années et lui, son fils, n'a pas ressenti ce qu'il aurait dû ressentir. Mais il ne le connaissait pas beaucoup. Cette première évocation biographique sera suivie de beaucoup d'autres, qui infiltreront l'activité onirique. Par ailleurs, Piotr a un goût prononcé pour la métaphore, bien utile dans ce type de travail qu'il entreprend :

« Je suis comme un arbre qui a été tronçonné et dont on essaie d'arracher les racines. Je voudrais repousser haut, beau et fort comme autrefois, mais je ne sais pas si quelque chose peut repousser sur cette souche, si tout ne sera pas fait pour que rien ne repousse. »

Et il enchaîne :

« Du fait de n'avoir pas de père, j'ai dû être plus fort. C'est l'argent qui m'a servi de père. »

Il s'agit de l'argent de sa mère, qui en gagnait beaucoup, et trouvait commode de se débarrasser par ce moyen de ce fils encombrant.

Éléments de biographie

Peu à peu, les grandes lignes de la biographie de Piotr se dégagent. Ses parents se séparent lorsqu'il a trois-quatre ans, à cause de l'alcoolisme du père. Il n'a revu celui-ci qu'une fois, à l'adolescence, peu avant son suicide :

« Avant de le voir, je ne savais pas si j'allais trouver Superman ou un ours en peluche. »

Sa mère s'est remariée peu après son divorce, avec un cadre du parti communiste au pouvoir. Elle a eu avec lui trois autres garçons.

Des vicissitudes compliquées, historiques et familiales, ont fait que la famille a dû s'installer en France quand le sujet avait dix ans. L'argent, cette fois, n'est pas au rendez-vous. Piotr, qui était un enfant solitaire et fugueur, se met à l'adolescence à lancer des défis au monde. Il s'investit beaucoup dans le sport, crée un groupe actif d'« amitiés franco-polonaises » qui reçoit une reconnaissance officielle, se pose en leader de groupes de jeunes fêtards, obtient néanmoins son baccalauréat.

Tout ceci n'intéresse pas beaucoup sa mère et il dira plus tard que s'il s'était engagé à la Légion, c'était que « si je m'y faisais tuer, personne ne s'en apercevrait. »

Vengeance, culpabilité, vulnérabilité

Pendant les congés de son médecin, il cherche à se jeter du toit de l'hôpital. La vigilance des infirmiers lui épargne de justesse cette fin tragique. Il est en proie aussi à des désirs de vengeance. Lors des sorties avec son demi-frère, il lorgne sur les vitrines des magasins d'armes :

« Je ne me sens pas coupable, ce sont eux les coupables et ils doivent payer. »

La nuit suivante, il fait un cauchemar où c'est lui le coupable et ses cadres le tuent à coups de revolver.

En même temps qu'il oscille entre cette place du coupable et celle de la victime, un autre thème apparaît : celui de sa vulnérabilité.

« Au moment où le lieutenant m'a dit ma punition, il y avait dans mon regard quelque chose qui disait : “Je ferai ma punition et vous ne me casserez pas” Puis il y a eu un faux contact et le regard du lieutenant a traversé le vide de mon regard, il a pénétré en moi et a sucé, aspiré tout ce qu'il y avait à l'intérieur. »

Piotr se découvre vulnérable et il s'ensuit un complet désarroi. Il se sent un « bon à rien » (c'est la parole du lieutenant). Des reviviscences du trauma l'assaillent toute la journée, des souvenirs aussi qui le font souffrir. Ils lui rappellent cette époque où il était instructeur et où il avait laissé d'autres caporaux comme lui brimer féroce-ment de jeunes recrues :

« Je fuyais ces scènes lâchement, pour préserver ma pureté, mais à l'époque je pensais que ça m'était indifférent. »

Au fond, il était comme le lieutenant. À la suite de cette évocation, il fait un cauchemar. Il est avec sa section comme infirmier. Ils sont

attaqués, un camarade est blessé. Il a oublié sa trousse d'urgence. Les autres l'accablent et il se sent très en faute. Il se relève de dessus le blessé et reçoit une balle en plein front.

L'alcool paternel

Piotr est à l'hôpital depuis un mois et demi. Le délire a fini par disparaître et la dépression est moins accablante. À nouveau, il fait un cauchemar qui transpose l'événement traumatique : il revient à Djibouti en avion. La police militaire l'attend sur l'aéroport et l'amène menotté à l'unité où il comparait devant le capitaine et le lieutenant. Ils lui disent qu'il n'est qu'un alcoolique et le punissent de quarante jours d'arrêt.

Être traité d'alcoolique lui est insupportable. Il raconte deux souvenirs. L'un, il a moins de trois ans. Son père est ivre. Sa mère appelle la police qui lui passe les menottes et l'embarque. C'est cette scène qui est reprise dans le cauchemar, où le fils prend la place du père.

Dans l'autre souvenir ses parents sont déjà séparés. Son père, ivre encore, annonce sa venue. Sa mère envoie l'enfant chez des voisins pour qu'ils téléphonent à la police. Au retour, il croise son père dans le couloir. Sa mère refuse de lui ouvrir la porte de l'appartement. Son père lève la main sur lui mais n'achève pas son geste :

« C'est toi qui es allé prévenir la police, mais je ne peux pas frapper mon fils. »

En repensant à cet épisode, quelques années plus tard, il a pensé qu'il avait été un « Juda ».

Ce souvenir ramène Piotr à l'« accident ».

Quand le lieutenant l'a traité d'alcoolique et de bon à rien, « ça m'a mis dans un état second, ça a tout bloqué dans ma tête, j'ai pensé à mon père et à ces légionnaires alcooliques et je n'ai rien répondu. Je me demande maintenant pourquoi je ne me suis pas défendu, parce que si j'avais protesté rien de ce qui s'est passé ne serait arrivé. Je porterai toute ma vie ce poids de l'alcool comme un fardeau. »

Le poids de la faute

Son beau-père battait souvent le sujet, et avec une grande violence. Il était d'ailleurs ce qu'on pourrait appeler un sale gosse. Un jour il est saisi d'une haine subite à l'égard de l'aîné de ses demi-frères et le frappe comme s'il voulait le tuer :

« J'avais subi le bourreau et j'étais devenu bourreau à mon tour. [...] Quand j'étais enfant j'ai pensé que je n'avais pas besoin de l'affection

d'un père et d'une mère, que je pouvais me débrouiller seul, je rêvais de succès éblouissants. »

L'évocation de ces souvenirs marque l'ouverture d'une période dangereuse. Certains jours, il absorbe une dose de bière modérée mais suffisante pour le mettre dans un état particulier où il commet des actes inquiétants, à l'intérieur ou l'extérieur de l'hôpital : bagarres dans les bars, menaces envers le personnel de sécurité, vol de voiture, fugue en province, etc. Une fois il terrorise une aide-soignante qui est persuadée qu'il va la violer. Il ne se souvient pas toujours exactement de ce qui s'est passé :

« Quand j'ai fait ces conneries, je ne sens pas de remords. Je ne me sens coupable que d'avoir à m'en expliquer devant vous. »

Il finit par prendre conscience qu'il dépasse les limites à la suite de menaces très sérieuses de son médecin :

« Je me demande si je n'aime pas envisager que rien dans ma situation ne s'arrange pour que le pire devienne une solution. »

La période se conclut sur un cauchemar, qui sera le dernier. C'est en Afrique. Il part en mission avec des camarades pour faire du « renseignement » dans un village. Ils font la fête, tuent, violent. À la fin, il est dans une case avec deux camarades (ceux qui faisaient la punition avec lui). Trois villageois surgissent avec des fusils et les mettent en joue. L'effroi le réveille.

La mort apparaît ici comme la sanction de fautes majeures, de crimes œdipiens. Et la structure du cauchemar est identique à celle de l'événement traumatique : « fête », sanction. Piotr y reconnaît, lui, en plus, la structure de ses passages à l'acte qui le « conduisent au désastre ». Sans transition, il conclut cet entretien par le constat douloureux qu'il n'est pas digne d'être aimé.

À six mois de traitement, c'est un rêve qui va se charger de l'événement traumatique. Il revient à Djibouti. Ses camarades sont là. Ceux qui lui sont hostiles parmi les cadres non, ni le lieutenant. Il leur raconte ce qui s'est passé, l'« accident ». Ils sont étonnés et il se laisse aller à des paroles de haine contre ses persécuteurs. Puis il joue à un jeu vidéo avec un camarade, une bataille de chars.

Donc, dans ce rêve, plus d'images de la scène, celle-ci est racontée. Comme ses camarades du rêve, Piotr aussi est étonné de ce qui s'est passé. Il avait confiance dans ses chefs. Le regard du lieutenant lui fait penser au regard de sa mère quand son beau-père le frappait. Il y cherchait une aide et n'y trouvait que de la pitié. Il lui est arrivé plus d'une fois, au cours de la psychothérapie, d'exprimer envers elle une

haine égale à celle qu'il voue maintenant à la Légion. Dans peu de temps, ce sera à son tour d'éprouver envers sa mère plutôt de la pitié.

Avant d'en arriver là, il faudra qu'il se livre à un nouveau et dernier passage à l'acte.

La nuit suivante, il rêve qu'il est au tribunal (il a porté plainte contre la Légion), son avocat à côté de lui. En face dans le prétoire, le lieutenant s'esclaffe : « Tu n'y arriveras jamais. » Le commentaire du sujet est le suivant :

« Je voudrais pouvoir dire aux gens : “Je suis en psychiatrie mais ce n'est pas de ma faute”, mais, alors, j'aurais le sentiment de mentir. »

Le travail psychothérapeutique de Piotr se termine là. Il a trouvé une gentille petite compagne et prépare sa reconversion dans le civil. Le traitement est arrêté progressivement.

Conclusion

Cette observation est exceptionnelle autant par la gravité de l'effondrement narcissique provoqué par le trauma que par les dons mobilisés par le sujet pour se reconstruire. Elle suit néanmoins la voie habituelle. C'est dans son histoire que le patient trouve les significations susceptibles de réinvestir ce lieu des images, déserté par le langage. Et c'est la question de la faute qui va se constituer en réponse au réel impensable de sa propre mort. Comme autrefois, quand l'angoisse de castration est venue se substituer aux terreurs de l'anéantissement, au moment où l'enfant entre dans le langage (Lacan, 1986).

En ce qui nous concerne, Piotr a été au cours de notre carrière la personne qui nous a appris, pendant sa longue psychothérapie, les choses essentielles qu'il y a à savoir sur le traumatisme psychique. Notre dette à son égard est grande ; heureusement nous nous en sommes acquitté avec sa guérison.

LE COURAGE DE S'ARRACHER À LA PLACE DE VICTIME : LEILA¹

Les attentats de 1995-1996 dans le RER à Paris ont fait des victimes chez les immigrés d'Afrique noire et d'Afrique du Nord vivant et travaillant en France.

1. F. Lebigot (2002), « Vignette clinique. Leila, le courage de guérir », *Revue franco-phonie du stress et du trauma*, vol. 2, n° 4, pp. 247-248.

Beaucoup ont présenté par la suite de séquelles psychotraumatiques.

Nous allons présenter ici la prise en charge psychothérapique d'un de ces patients, originaire d'Afrique du Nord.

Elle montre, s'il était nécessaire, que la différence des cultures patient-thérapeute n'empêche pas le transfert de s'établir et de produire ses effets.

Ses effets, dans le cas d'un traumatisme psychique, sont le passage d'une culpabilité originaire : avoir contemplé ce qu'il ne fallait pas, le réel de la mort, image désormais à disposition dans l'appareil psychique, et qui pousse à l'exclusion du sujet du monde des humains. Passage donc d'une culpabilité originaire à une culpabilité œdipienne qui permet au sujet de reprendre sa place dans ce monde des humains grâce à la redécouverte de la participation de chacun à l'histoire du mal.

Point de réel inintégré dans le symbolique, le trauma n'est pas curable. La névrose traumatique en revanche peut l'être, lorsque l'événement traumatique prend la signification d'un châtement pour une faute non précisée.

Dans le cas que nous présentons, le sujet est très près de nommer cette faute, ici un désir incestueux.

Leila est une biologiste algérienne de trente-deux ans, divorcée, venue en France pour parfaire son cursus universitaire (elle veut s'orienter vers la recherche) et aussi pour échapper aux pressions familiales et sociales quant à son célibat. Son diplôme algérien n'étant pas reconnu, elle travaille comme assistante dans un laboratoire pour payer ses études.

En 1995, elle est hospitalisée dans le service de psychiatrie de l'hôpital de Percy, une semaine après avoir été victime d'un attentat. L'effroi causé par l'explosion a été immédiatement suivi d'un moment de dépersonnalisation (« Ce n'est pas moi qui étais présente »). Elle rentre chez elle aussi vite qu'elle le peut et ce n'est qu'en arrivant qu'elle « réalise » ce qui s'est passé. Elle a alors une violente réaction émotionnelle. Depuis, elle ne dort plus, ne mange plus et des cauchemars sont apparus. Après ce bref récit, ce qu'elle exprime d'abord, c'est de la culpabilité et de la honte.

Elle s'est mise à penser intensément à ses parents qui, à Alger, « vivent ça tous les jours ». Elle veut dormir, ne plus penser à rien, ne plus voir surtout les images de la télévision qui lui provoquent des reviviscences.

Leila est la quatrième d'une fratrie de neuf enfants. Dans les entretiens, elle révèle au bout de quelques jours une autre raison de se sentir

coupable : un de ses jeunes frères, appelons-le Saïd, engagé dans la mouvance islamiste, a été tué par la police il y a deux ans. Et cette perte terrible ne lui a pas provoqué de réaction comparable à celle qui a suivi l'attentat ; pourtant elle était très attachée à ce garçon.

Sa vie est marquée par de nombreux épisodes violents. À vingt-cinq ans, elle est mariée par sa famille à un homme brutal qui la bat et la viole. Elle lui attribue la responsabilité d'une fausse couche d'un fœtus de cinq mois. Plus loin dans le temps, elle évoque une période très angoissante au cours de laquelle son père a développé un délire paranoïaque. Il accusait l'aîné de ses fils de coucher avec sa mère, et il fallut l'hospitaliser le jour où il s'est mis à le poursuivre avec une hache. Plus loin encore, lorsqu'elle a douze ans, un de ses frères lui inflige des caresses incestueuses, à la limite du viol. Et dans son adolescence, jusqu'à son mariage, sa mère avec laquelle elle était en conflit permanent depuis toujours, lui imposait périodiquement des vérifications de sa virginité par des matrones du voisinage.

Au fur et à mesure que Leila déroule son histoire, des changements apparaissent dans ses cauchemars. C'est d'abord son frère assassiné, Saïd, qui est victime de l'attentat et qui lui apparaît le visage tout ensanglanté. Une fois c'est sa mère qui est touchée à la tête par une « explosion de verre », elle tente d'arrêter le sang de couler et se réveille au moment où elle dit : « Ne meurs pas maman. »

L'hospitalisation dure trois semaines et sera suivie d'une prise en charge psychothérapique, à raison d'un entretien hebdomadaire, qui durera quatre ans. En fait, ce suivi sera très irrégulier, et plusieurs ré-hospitalisations seront nécessaires, soit à la suite d'une tentative de suicide, généralement en relation avec l'échec d'une liaison affective et sexuelle, soit en raison d'événements survenus en Algérie et qui la plongent dans une angoisse insoutenable. Le plus décisif de ceux-ci est l'enlèvement par la police d'un autre frère, également islamiste, et sa disparition. Nous ne donnerons ici que les temps forts d'une prise en charge extrêmement mouvementée, fertile en passages à l'acte de toutes sortes, en dérobades, mais riche quant au travail psychique effectué.

Après la disparition de son frère, Leila fait ce rêve : son père la contraint à avoir un rapport sexuel avec le disparu. Dans ce rapport, elle se vide de son sang pour en remplir son frère (remplir son frère de vie, commente-t-elle). Puis sa mère lui demande si elle est enceinte de son frère et l'autre frère, Saïd, celui qui a été assassiné, la traite de prostituée. Ce rêve la ramène à l'attentat. Elle avait pensé alors que celui-ci était une punition pour une IVG qu'elle avait faite en France et qui lui avait donné le sentiment d'être « salie ». Elle interprète son rêve

comme un message de son père par rapport à cet acte : il ne lui fait plus confiance, il la bannit.

Pendant toute une période Leila parle beaucoup de ses frères, en particulier du martyr avec lequel elle avait toujours ressenti une grande complicité fondée sur leur hostilité commune envers leurs parents.

« Il me protégeait, c'est moi qui aurais dû mourir, lui il combattait pour la justice, moi je ne vis que pour moi. »

Un cauchemar extrêmement sanglant qui a pour décor un « petit mur » l'amène à évoquer un souvenir d'enfance. Elle est près de ce même petit mur avec Saïd et son père. Les enfants jouent, se bousculent et elle marche sur un tesson de verre qui entaille profondément son talon. La plaie saigne abondamment. Elle est affolée et se tourne vers son père. Celui-ci lui flanque une gifle retentissante, puis l'amène à l'hôpital.

Son père justement. S'il avait toujours été très dur avec ses enfants, surtout ses fils, il ne cachait pas une réelle préférence pour Leila qui, disait-il, lui rappelait sa propre mère. Il voulait qu'elle se marie car seuls ses enfants à elle seraient susceptibles de l'intéresser. À cette évocation, la patiente est envahie par une « culpabilité atroce » d'avoir divorcé. Mais elle ajoute aussitôt, de façon incongrue :

« Je dois prendre la relève de mon père. »

Puis :

« C'est grave ça parce que ça veut dire prendre la place du chef de famille. »

À cette époque, qui se situe à peu près deux ans après l'attentat, Leila n'a plus de cauchemars de répétition. Son activité onirique n'en reste pas moins intense, toujours située en Algérie, incluant souvent des membres de sa famille, et représentant des scènes sanglantes. Ainsi ce rêve, où Saïd lui propose d'assassiner quelqu'un, et qui agit sur elle comme une révélation : ce frère-là et le disparu ont peut-être été eux-mêmes des assassins. Il faut alors l'hospitaliser car elle est véritablement affolée, elle sent une menace de mort peser sur elle, appelle plusieurs fois la police pour des motifs sans fondement. Ces « maudits liens du sang » qui la lient à ses frères lui font horreur et elle y voit la cause « de tout ce sang que je voyais dans mes rêves ». Ses cauchemars maintenant tournent tous autour de Saïd : « C'est comme une fascination », dit-elle, comme s'il fallait rester à proximité de ce mort. Car ce qu'elle perçoit bien dans le même temps, c'est qu'elle est en train de faire le deuil de cet homme et que, ajouterons-nous, si lui disparaît de ses rêves sanglants, qui donc viendra occuper cette place ?

Le petit mur réapparaît dans deux rêves. Dans l'un, elle est avec Saïd, il est souriant, ils jouent au tennis. Dans l'autre, ils sont encore ensemble et elle a la sensation que le mur la protège.

La période qui suit est étrange. Pour la première fois depuis longtemps, elle se sent enjouée, très efficace dans son travail et ses études. En revanche ses nuits sont peuplées de cauchemars où elle subit des châtiments sanglants : main coupée, tête tranchée, etc. Deux événements surviennent coup sur coup qui vont précipiter les choses. Elle est victime d'un attentat à la pudeur de la part de son employeur, qui la coince dans son bureau et se masturbe devant elle. Les reviviscences diurnes de l'attentat réapparaissent. Elle fait un cauchemar où des terroristes l'emmènent en bateau avec sa mère et où elles sont coupées en morceaux. « J'ai perdu l'espoir de m'en sortir », commente-t-elle. Mais peu après, nous sommes en juin 1998, elle touche enfin une forte somme du Fonds de Garantie. Leila fait alors cette remarque :

« Ma vie ça a été jusqu'ici comme s'il ne fallait pas que de bonnes choses m'arrivent. »

Cet argent lui permet d'aller à Londres voir ses deux frères aînés, militants islamistes très actifs. Ni l'un ni l'autre ne respirent la joie de vivre, ils macèrent dans leur idéologie « complètement fascinés par l'horreur ». Cette rencontre lui a appris quelque chose sur elle-même :

« J'ai choisi la voie du martyr et je me rends compte que ça ne menait nulle part. »

Affirmation en fait très énigmatique, qui inaugure une période où elle s'interroge sur ses sentiments de culpabilité. Elle met en cause d'abord l'extrême ambivalence de sa mère à son égard, sa haine parfois clairement énoncée, mais un rêve la lance sur une autre piste. Il commence avec le « petit mur » et la suite est trop floue pour pouvoir faire l'objet d'un récit, mais il amène ce commentaire :

« Je m'aperçois qu'avec les hommes, je me comporte comme une petite fille avec son père. »

Dans un lapsus qui ne lui échappe pas, elle se situe comme la fille de son père et de sa grand-mère paternelle (à laquelle elle est censée ressembler). S'ensuit une période de désarroi qui, pour la première fois, affecte même ses études.

La crise s'estompe avec cette parole au début d'un entretien :

« C'est la première fois dans ma vie que je peux dire que je me sens libre. »

Puis :

« J'ai compris que tous les malentendus que j'ai eus avec les hommes venaient de moi : je cherchais une protection de leur part, comme auprès d'un père, mais de façon ambiguë, et ils pouvaient s'y tromper. »

La psychothérapie touche à sa fin. Il n'est plus question de Saïd mais de son père. Il la préférait mais évitait toujours le moindre contact physique avec elle, sauf lorsqu'il s'est agi de la gifler près du petit mur. S'il la croisait dans le couloir de la maison, il s'aplatissait contre la paroi pour éviter le plus léger frôlement.

« J'ai découvert, dit-elle en septembre 1999, que si mon père a toujours évité le contact physique avec moi, c'est qu'il devait avoir des désirs incestueux. »

Nous nous verrons encore une fois. Elle est très occupée par ses diplômes, fait « beaucoup de choses intéressantes » et se sent bien. Ressemble pour elle un « dégoût de la sexualité » et la « peur des hommes ». Je la reverrai quand elle se sentira prête à « s'y attaquer ».

L'attentat a donc pris pour Leila, dans sa psychothérapie, la signification d'une punition de ses désirs incestueux. Désirs qui l'avaient amenée à fuir l'Algérie, et qu'elle payait d'une vie affective et sexuelle catastrophique, et d'un sentiment permanent du tragique de son existence. Il faut dire que la réalité sur ce dernier point semblait lui donner raison. Sortir du trauma lui a permis de changer de perspective et cesser de se considérer comme une martyre. Elle en est au point où elle pourrait commencer une psychanalyse, à moins que la vie ne lui offre enfin une bonne rencontre.

DESTIN D'UN TRAUMATISME PSYCHIQUE DE LA PETITE ENFANCE À PROPOS D'UNE OBSERVATION : PIERRE¹

Introduction : du traumatisme de l'enfant au cas de Pierre

Le devenir à l'âge adulte des enfants ayant vécu une expérience traumatique est mal connu. Que nous sachions, il n'existe pas d'études prospectives de cette population. Les travaux faits chez des adolescents ou des adultes présentant de tels antécédents montrent des pathologies à long terme très diverses : depuis la présence d'une symptomatologie

1. F. Lebigot (2001), « Destin d'un traumatisme psychique de la petite enfance. À propos d'une observation », *Revue francophone du stress et du trauma*, vol. 1, n° 2, pp. 121-128.

discrète, jusqu'à des perturbations graves du fonctionnement psychique. G. Vila *et al.* (Vila, Porche, Mouren-Simeoni, 1999) énumèrent, sur la foi de ces études, les tableaux rencontrés : troubles anxieux et dépressifs, tentatives de suicide et suicides, troubles des conduites sociales, alimentaires et sexuelles, abus d'alcool et autres substances psychoactives, personnalités « multiple » et limite. La CIM 10, au diagnostic « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe » donne une description assez complète de ce que l'on rencontre dans la clinique à long terme de ces enfants précocement traumatisés (CIM 10, 1993).

Le patient dont il va être question ici pouvait très bien être étiqueté « personnalité multiple », à cause des moments où il devenait à son insu son père terrorisant, état limite. Il était en permanence profondément déprimé mais seulement sur le plan de l'humeur : il n'y avait ni asthénie, ni ralentissement. Il a multiplié les tentatives de suicide, abusé de l'alcool, présenté des troubles sexuels. Son anxiété infiltrait peu ou prou toutes les manifestations pathologiques qui auraient conduit à le classer parmi les états limites. Toutefois, il a été capable, après s'en être longuement défendu, de nouer une relation transférentielle et d'y déployer une parole de névrotique dans laquelle la multiplicité des expressions psychopathologiques a pu s'ordonner en un étagement de significations. Il nous a semblé que la nature même du traumatisme, à ce moment-là de sa maturation psychique, et les épreuves traversées dans les années qui ont suivi, ont à la fois déterminé la gravité des conséquences sur le long terme de l'effraction traumatique et permis à un désir de savoir de conserver une chance à la pulsion de vie. La tristesse mal dissimulée de Pierre, et le respect qu'il portait au chef de service lors de la première hospitalisation, la demande d'amitié faite au thérapeute lors de la seconde ont été longtemps les seules manifestations de ce qu'une brasse d'espérance restait enfouie sous la cendre qui se donnait seule à voir.

Ce qui demeure le plus étonnant dans ce type de prise en charge, jamais effectuée en ce qui nous concerne avec des pathologies aussi lourdes, est de constater à quel point le trauma de la petite enfance peut se maintenir vivace, orienter de diverses manières le destin du sujet et rester accessible dans tous ses effets au travail d'élaboration, même à un âge tardif. Mais il est probable qu'il puisse faire l'objet d'un déni qui ne se lèvera jamais, le mettant hors de portée d'une élaboration par la parole, et que les différentes pathologies énumérées par G. Vila *et al.* (Vila, Porche, Mouren-Simeoni, 1999) en soient généralement le fruit, peut-être dans le sens où Bergeret installe un traumatisme « oublié »

au commencement des « aménagements limites », comme « premier désorganisateur de l'évolution psychique du sujet » (Bergeret, 1979).

Pierre, vingt ans, appelé du contingent

Au mois de décembre 1993, Pierre a vingt ans. Il est appelé pour faire son service militaire. Il est plutôt satisfait de cette convocation qui va l'extraire de l'enfer du huis clos familial, et il a même l'idée qu'après son temps légal, il sera candidat à l'engagement.

La période des « classes » se passe de plus en plus mal, il ne parvient pas à se fondre dans sa section parce qu'il se sent totalement différent des autres. Au bout d'un mois, il a droit à une permission de week-end et retourne chez sa mère avec laquelle il vit, ainsi que sa sœur cadette. Le dimanche soir, peu avant de reprendre le train, sa mère le découvre sur son lit, à moitié endormi, baignant dans une mare de sang. Elle fait effectuer les premiers soins et téléphone à la garnison pour qu'un véhicule militaire vienne le récupérer. Un médecin militaire se déplace de Paris et le fait immédiatement admettre en service de psychiatrie à l'hôpital Percy.

Interrogeable, Pierre raconte sa tentative de suicide. Il a absorbé de l'alcool, puis tous les médicaments qui traînaient dans la pharmacie familiale, puis il a procédé à de multiples scarifications et phlébotomies sur ses mains et ses avant-bras. Sur la face dorsale de sa main droite, il a découpé profondément une pastille de chair d'un centimètre et demi de diamètre et il l'a mangée. Il ignore les raisons de cet acte étrange, qu'il banalise. Il n'avait d'ailleurs aucune raison de faire une tentative de suicide à ce moment-là : l'armée lui plaît bien, affirme-t-il (on saura plus tard qu'il ne s'y adapte pas) et il ne veut pas être réformé. Il est gardé en hospitalisation.

Premier temps de la prise en charge

Les premiers entretiens se maintiennent à un niveau purement informatif. Le patient ne se plaint pas d'être en psychiatrie mais il n'attend rien des gens qui s'occupent de lui.

Il est né à Paris. Son père est d'origine algérienne et il sait très peu de chose de lui :

« C'est un malade, il est violent. »

Il y a dix ans qu'il ne l'a pas revu :

« Il doit être mort. »

Sa mère a quarante-huit ans, elle est secrétaire dans une entreprise :

« Je l'aime bien, c'est ma mère [...] Ça énerve de parler de tout ça, en fait je la déteste, elle m'a mis à la DASS quand j'avais cinq ans et il a fallu que je me batte pour pouvoir revenir chez elle à quatorze. »

Pourquoi la DASS ?

« Parce qu'il y avait des problèmes de couple. »

De cinq à dix ans il est en province avec sa sœur dans une famille d'accueil qu'il déteste aussi :

« On était mis à part par rapport à leurs propres enfants. »

Puis il va dans un foyer où un éducateur et une psychologue le suivent et où il fait un BEP de commerce. Ses résultats scolaires sont excellents, mais il a des accès de violence agressive et clastique. Il décide et obtient de retourner avec sa sœur chez sa mère, attendant de ces retrouvailles un bonheur sans limite :

« Être comme les autres, avoir une famille, une mère. »

La famille en question vit désormais à trois dans un petit studio et la vie de Pierre prend très vite un tour inattendu, aux antipodes de ce qu'il avait rêvé. Nous y reviendrons car il n'en parle pas encore. Ce dont il se plaint :

« Je déprime tout le temps, j'ai tout le temps envie de mourir (c'est sa première tentative de suicide), ce serait une délivrance : comme ça il n'y a plus de problèmes. [...] Je ne communique avec personne, ni ma mère, ni ma sœur. »

Il n'a pas d'amis ni de petites amies, n'a jamais eu de relations sexuelles. Il déprécie également son cursus scolaire pourtant brillant étant donné les circonstances :

« J'ai toujours été nul à l'école, je suis un incapable, j'ai tout suivi passivement, je n'ai aucune volonté. »

Il n'a pas de loisirs, seul l'alcool lui apporte un peu de soulagement :

« Il n'y a qu'avec ça que j'oublie, que je change de peau, que je me supporte et oublie qui je suis. »

Qui est-il en effet ce grand gaillard bien bâti, à la silhouette élégante, les yeux bleus très clairs, le visage fin encore un peu enfantin, les cheveux bruns en brosse (il n'a pas attendu l'armée pour adopter cette coupe) et qui parle français comme un garçon cultivé ? Son père ne lui a rien transmis qui rappelle la Méditerranée, sauf son nom algérien.

Pierre séjournera six mois dans le service. Il est bien décidé à s'épargner une véritable relation thérapeutique, arguant de son expérience « inutile » avec la psychologue qu'il avait vue lorsqu'il était en foyer.

Pour le personnel du service, c'est un patient difficile, qui s'alcoolise souvent et devient alors agressif, parfois suicidaire, parfois à la limite du passage à l'acte violent. Lors d'une permission (encore) :

« Je voulais me suicider, j'avais tout prévu. J'ai commencé par brûler tous mes papiers d'identité, mon diplôme de BEP, tout ce qui porte mon nom ; avec mon passé, mon présent et mon avenir pourri, il faut du courage pour vivre, et si je suis toujours vivant à mon âge c'est que j'ai toujours été sûr de réussir mon suicide. »

Pierre formule alors le même vœu qu'Œdipe, à la fin de sa vie à Colonne, sur lequel se termine la pièce de Sophocle : « μη φῦναι » (« n'être jamais né ») que Lacan (Lacan, 1986) traduit par : « plutôt ne pas être ».

Le motif de sa TS ? Il ne sait pas qui il est et il porte le nom de son père : « l'homme le plus pourri qui existe, il buvait, vendait de la drogue, il se prostituait pour avoir de l'argent et avait plusieurs femmes, ça me fait horreur d'être de son sang. »

Et il ajoute :

« Je hais les Arabes et je porte leur nom. »

Ces paroles graves, violentes sont proférées dans une sorte d'indifférence et ne déclenchent que peu d'émotions.

Dans le service, la majorité des médecins et des infirmiers le considèrent comme psychotique. L'anxiété massive que l'on devine derrière son apparente froideur, et qui éclate lorsqu'il est alcoolisé et violent, et la profondeur de sa détresse incitent à lui prescrire un neuroleptique sédatif et un antidépresseur. Une procédure d'HDT est prête au cas où le personnel serait débordé par sa violence qui paraît très menaçante pour les individus qui croisent son chemin. La longueur de l'hospitalisation est due essentiellement au temps nécessaire à la mise en place d'un stage professionnel qui lui agrée, qu'il fera en grande partie en étant encore à l'hôpital, et qui débouche sur un emploi en Écosse. Sa mère refuse de le reprendre avec elle et lui-même s'oppose à cette solution.

Dans la masse des informations que Pierre livre peu à peu assez facilement, pour meubler les entretiens ou quand il croise un infirmier qui lui propose de discuter, l'une d'entre elles retient notre attention plus particulièrement. Lorsqu'il avait deux ans et demi, (cet âge, vérifié beaucoup plus tard sur le dossier de la DASS que le sujet a réussi à obtenir, est tout à fait probable), il a assisté à une scène violente où son père hurlait et cognait la tête de sa mère contre le mur de la chambre. Le sang giclait. Par la suite, là le délai est incertain, l'enfant s'est mis à avoir des cauchemars répétant la scène, dans lesquels il apparaissait et

criait à son père : « Tue-la, tue-la ! » Puis, ils ont disparu, mais le sujet en garde la mémoire très vive. Il n'a pas été possible de revenir avec lui sur ce « souvenir » (il s'est mis à le nier) mais il a été plus prolix sur les années précoces de sa vie. Il a pu raconter l'ambiance de pure folie qui régnait dans ce couple, le lien très fort qui l'attachait à sa mère et le déchirement qu'a été son placement par la DASS (vécu comme un abandon par sa mère) ; les sévices subis par lui et sa sœur dans la famille d'accueil (authentifiés également dans le rapport de la DASS), où régnait une trouble atmosphère d'inceste (il a eu à caresser la mère, et plusieurs fois à masturber le grand-père), l'identité d'« Arabe » prêtée avec mépris aux deux petits par les parents et les enfants mais aussi par le village, etc. Il a développé à l'époque des tactiques pour se défendre des brutalités et, si possible, les faire retomber sur sa sœur. Mais il était aussi un enfant triste, ce qui, rétrospectivement, apparaît plutôt comme une bonne chose. Selon L. Daligand :

« La tristesse signifie à la fois bien sûr l'atteinte au corps parlant de l'enfant, mais dans le même temps une tentative de reprise de la fonction symbolique. » (Daligand, 2000).

Cette tristesse ne le quittera jamais plus. Comme l'avenir le montrera, elle est effectivement « du côté du symbolique », donc d'une parole possible. Au foyer, plus tard, Pierre n'a jamais joué franc-jeu avec les adultes, les considérant comme des ennemis potentiels dont il fallait déjouer les menaces par quelque moyen que ce soit (mensonge, délation...). Sa mère venait le voir régulièrement mais ne répondait pas à ses demandes de le reprendre avec elle. Ce qu'elle lui disait sur son père l'effrayait, en particulier les revenus qu'il retirait à se prostituer et parfois dépouiller ses partenaires. Vers neuf-dix ans, quand ses parents se sont séparés, il a vécu dans la crainte encore actuelle que son père ne vienne l'enlever pour le prostituer dans la casbah d'Alger. Il y a eu d'ailleurs effectivement une tentative d'enlèvement quand il avait onze ans, déjouée par la directrice du foyer. Chez sa mère, rien ne s'est arrangé. L'immense bonheur des retrouvailles a tout de suite cédé la place à la rancune et à la haine. Il s'est mis à la battre (ainsi que sa petite sœur) tandis qu'elle reconnaissait en lui toutes les caractéristiques de son père et le lui disait. Il quittait très rarement le studio, sauf pour l'école, et s'est mis à présenter une symptomatologie phobique : peur du noir, de la foule, du métro, et des crises d'angoisse. Il a peur du regard d'autrui qui pourrait, s'il croise le sien, deviner tous ses problèmes, son origine (arabe) et qu'il est « fou ». Il s'isole et fuit tout contact. Mais dans le même temps, il veut se forger un « caractère fort » grâce

à « tous les malheurs qu'[il] a traversés » et qu'il traverse ; il « aspire à une certaine puissance » et nous verrons plus loin l'importance de ce désir.

Enfin, pour ce qui est de l'hospitalisation, outre les éléments déjà mentionnés, ajoutons plusieurs tentatives de suicide médicamenteuses, des conduites bizarres où il se donne des coups de poing sur le visage (il se luxe une fois la mâchoire), se tape la tête contre les murs, suit les secrétaires du service quand elles rentrent chez elles et les menace de façon si convaincante qu'elles en sont terrorisées. Il se sent alors bien près d'exercer sa « puissance » et de les violer. Néanmoins, il craint réellement le chef de service, non pour les rétorsions qu'il pourrait exercer mais pour la place symbolique qu'il occupe. Sémiologiquement, cet élément est important car, comme la tristesse, il indique qu'une accroche transférentielle n'est pas impossible. Pour le moment, il est vrai, rien de tel ne s'est encore (apparemment) produit. Pierre quitte donc le service, avec une ordonnance, un stage en cours (où il est maintenant hébergé) et un futur emploi en poche. Il sera revu régulièrement en consultations jusqu'à ce qu'il parte en Écosse. Le travail le stabilise mais il reste isolé au milieu de ses camarades de stage et sa thymie reste très dépressive. L'équipe, elle, est soulagée de le voir partir. Il est réformé. L'avenir de ce jeune garçon qui refusait de se faire aider paraît bien sombre. Une tentative de relais en milieu civil sur le secteur a échoué, l'intéressé les a trouvés « nuls comme c'est pas possible, jamais je n'irai voir des psychiatres. »

Arrêtons-nous ici sur la pathologie de ce jeune adulte, pour remarquer d'abord qu'elle correspond parfaitement aux critères diagnostiques de la CIM 10 (modifications durables de la personnalité après une expérience de catastrophe) (CIM 10, 1993) : attitude permanente d'hostilité et de méfiance, retrait social, sentiment constant de vide et de perte d'espoir, parfois tendance à boire de façon excessive, sentiment d'être différent des autres, détresse subjective, les troubles sont souvent précédés d'un état de stress post-traumatique. Tous les critères sont au rendez-vous. On pourrait retrouver aussi la « personnalité traumatonevrotique » de L. Crocq (Crocq, 1999). Deux éléments dominent le tableau : son asocialité et la profonde et permanente dépression de son humeur. Les deux se conjuguent dans la très mauvaise opinion que Pierre a de lui-même et le jugement féroce qu'il porte sur les autres et la société : chacun ne pense qu'à soi, à satisfaire ses instincts les plus bas, si possible derrière le paravent de la loi et des principes moraux. Le mensonge et l'hypocrisie sont les decodeurs infallibles des paroles des hommes. La société est pourrie. En fait, nous avons parlé de la mauvaise

opinion qu'il a de lui-même, mais ce n'est pas ce qui est au premier plan de son discours. Il se présente en victime, il est le seul innocent dans un monde de crapules et c'est pour cela qu'il souffre et ne parvient pas à y trouver sa place. En premier lieu, il accuse ses parents de l'avoir « fabriqué », d'être des irresponsables dangereux :

« Il y a bien un permis de conduire : pourquoi n'y a-t-il pas un permis de faire des enfants ? »

Puis à chaque étape de sa vie, il est victime de la bêtise, de l'incompétence, de la méchanceté de l'un ou de l'autre : méchanceté (réelle) de sa famille d'accueil, incompetence de la DASS (qu'on peut aussi qualifier de réelle dans ce cas-là) dont il a eu à souffrir mais qui ne font que refléter la nature profonde de l'ensemble des humains. Chaque rencontre le conforte dans sa certitude.

Pierre a eu très tôt cette vision du monde et des hommes. Ce qui lui est arrivé dans sa famille d'accueil, dès l'âge de cinq ans, ne l'a pas étonné. D'autant que les ébats de ses parents dans l'unique pièce qu'ils partageaient l'avaient averti en matière de sexualité. Sa précocité dans les connaissances sexuelles s'accompagne d'une précocité intellectuelle. Celle-ci s'est développée aux dépens du roman familial du névrosé. Il n'a pas connu cette « naïveté » de l'enfance qui permet la maturation affective. Pour lui, l'initiation au sexe et à la mort (au néant) s'est faite dans le même temps. On ne s'étonnera pas alors que se soit produit chez lui un arrêt dans sa traversée œdipienne qui a influé sur sa pathologie et sur son destin. Le traumatisme n'en a pas moins gardé ses effets propres.

L. Bailly (Bailly, 2001a) a finement décrit les conséquences de ce type d'expérience précoce, quand rien par la suite ne vient en permettre l'élaboration. Il signale en particulier :

« [...] 'attaque des croyances fondamentales du sujet [réalisée par le traumatisme, qui touche] le domaine de la morale et de la socialisation de l'enfant [...] L'enfant se replie sur lui-même, s'isole socialement et n'exprime pas la gamme habituelle de ses émotions. »

Il est le siège d'une agressivité qui se manifeste par des « envies de destruction », ce qui ne l'empêche pas d'être passif et dépourvu de confiance en lui. Enfin, il n'accorde plus aucun crédit aux règles sociales. L. Bailly cite l'enquête de S. Marcus-Geisler sur des enfants ayant vécu la guerre, qui signale leur maturité précoce et leur habitude à dissimuler (Marcus-Geisler, 1947).

Il s'interroge aussi sur ce qui fait rencontre traumatique chez de jeunes enfants avant l'acquisition d'une pensée abstraite, c'est-à-dire du concept de mort et de son caractère irréversible (Bailly, 1999). Il met en avant les effets équivalents à une expérience de mort, par exemple, chez le bébé, la séparation brutale et le chaos sensoriel qui s'ensuit, chez le tout jeune enfant « la terreur de l'adulte » comme « perception troublante et destructrice » (Bailly, 2001a). On peut penser aussi que les expériences de néantisation des premières semaines de la vie ne sont pas très loin et peuvent surgir à nouveau dans le « chaos sensoriel » provoqué par la violence de l'événement.

Résumons les principaux traits relevés alors chez Pierre et qui nous font penser à l'influence déterminante du trauma infantile, entretenue et aggravée par le contexte dans lequel il est survenu et la suite de son histoire :

- l'absence d'émotion exprimée ;
- l'asocialité et l'inhibition ;
- la violence difficilement maîtrisée ou dirigée contre lui-même ;
- la disqualification de la loi et de la morale ;
- l'innocence proclamée ;
- la détresse telle qu'on peut la percevoir.

Le syndrome de répétition en plus, une névrose traumatique grave exprime son génie évolutif dans chacun de ces axes (Lebigot, 2000).

Intermède

Pierre a quitté le service début juin 1994. Nous saurons ce qui s'est passé dans cet « intermède » lors de sa réhospitalisation en août 1996, soit deux ans et deux mois plus tard. Il a travaillé dix-huit mois comme serveur dans un restaurant en Écosse où son statut d'étranger lui a convenu et a masqué ses « bizarreries ». Il était soit à son service sous la tutelle d'un maître d'hôtel qui ne laissait rien passer et surveillait son personnel en permanence, soit dans sa chambre à traiter son angoisse avec du « shit », évitant l'alcool. Il parle maintenant couramment anglais. Mais il a senti qu'il valait mieux qu'il parte à la fin de son contrat et est revenu chez sa mère où il a repris ses habitudes : claustration, violence, vague recherche d'un travail, rumination de projets suicidaires. Quelque chose de plus néanmoins, il cherche aussi un psychiatre, mais chaque rencontre est un échec qui le conforte dans l'idée qu'il n'y a rien à attendre de personne. Il téléphone à des associations « SOS quelque chose » pour demander de l'aide. L'une

d'entre elles porte plainte car il la menace itérativement. Ce sont des femmes qu'il a au bout du fil et il leur dit à peu près ceci : « Je vais venir, je vais te violer, puis je découperai ton enfant en morceaux et on le mangera. » La police le trouve et il est placé en garde à vue. C'est pour lui une expérience terrible, insoutenable, « bien pire que ce que j'ai jamais connu ». En prison, il rencontre un alcoolique qu'il avait connu dans le service. Lorsqu'il sort, il décide de revenir à l'hôpital militaire voir le psychiatre qui s'était occupé de lui.

Il débarque dans le bureau, sommant celui-ci de mettre un terme à sa détresse parce que sinon il va dans l'heure qui suit se jeter sous le métro. Sa détresse est authentique, mais il a un très mauvais souvenir de son précédent séjour ici et refuse une hospitalisation. La question d'une HDT se pose. Malgré le risque d'un passage à l'acte, le choix est fait de parier sur le désir profond qui a amené Pierre à effectuer ce « come-back ». Un rendez-vous proche lui est donné et il lui est fermement signifié qu'il y sera attendu.

Deuxième hospitalisation

Ce n'est qu'au troisième entretien qu'il finira par accepter une hospitalisation. Celle-ci sera différente de la première sur deux points. Il idéalise son psychiatre auquel il demande inlassablement de devenir son « ami ». Et il s'éprend itérativement d'un amour fou et sans espoir pour l'une ou l'autre des infirmières qui a eu, à un moment donné, le mot ou le geste qu'il fallait (pense-t-il). En revanche, son opinion du personnel du service, toutes catégories confondues, reste aussi mauvaise qu'autrefois. Il multiplie les tentatives de suicide, les passages à l'acte agressifs ou clastiques, se révèle un génie de la perversité pour diviser l'équipe, faire agir les autres malades, créer des incidents dans d'autres services de l'hôpital, etc. Mais son angoisse est extrême et si par moments son regard crée une véritable terreur chez son interlocuteur, il s'y lit plus souvent un tel abîme de détresse que l'équipe n'en est pas encore à exiger son départ. Il a aussi des terreurs nocturnes qui impressionnent fortement ceux qui l'assistent dans ces moments. Le psychiatre, lui, est sans cesse confronté au mur de sa demande « d'amitié » et les choses n'avancent pas. Sauf sur un point : il sait qu'il a des choses à dire, mais ces choses sont telles que s'il les disait il serait immédiatement considéré comme l'être le plus « abject » de la terre. Il ne peut se résoudre à franchir ce pas. Et puis aussi il a bien compris que lorsqu'il terrorise un agent du service ou de l'hôpital, il se met dans la peau de son père et montre alors sa puissance. Il n'a plus besoin d'être alcoolisé pour cela : « Je sais que c'était un salop, mais lui au moins il n'était

pas malade et ça devait être un pied pas possible de sentir une telle puissance, qu'on peut faire n'importe quoi. » Tout pervers qu'il soit dans ses conduites, Pierre n'aspire, lui, qu'à être un gentil garçon, aimé des autres pour cela. C'est ce qu'il dit, mais son désir est fait de ça aussi. Il ne lui manque que de « bons parents ». Plusieurs week-ends en famille chez un autre patient de son âge en apportent la preuve à ses yeux.

L'assistante sociale met fin à une situation tendue dans le service, au bord de la rupture. Elle lui trouve un stage professionnel aux États-Unis. On est au début de 1998.

Deuxième intermède

Pierre part en Californie. Il est hébergé par une famille qui a un garçon de son âge. Il écrit beaucoup de cartes postales. Il est bien, réussit parfaitement dans son stage, ses parents de remplacement l'affectionnent beaucoup. Ils l'emmènent par exemple faire du surf à Hawaï. Pour la première fois de sa vie, il éprouve ce que c'est que d'être heureux. Cela parce qu'il parvient à se couler dans la peau du gentil petit garçon qu'il peut être aussi, désormais.

Le stage dure six mois et il faut rentrer. Il traverse à petite vitesse les États-Unis, et préfère ne rien dire de ce trajet de retour effectué dans la plus complète déréliction. Il débarque dans le service fin septembre, aussi mal que l'année d'avant. Un nouveau long séjour n'est pas envisageable et cela lui est clairement signifié dès le départ.

Troisième hospitalisation

Elle démarre avec un rêve, « pas un cauchemar ». Il est écrasé par un métro, la tête coupée, les boyaux dispersés. C'est un horrible spectacle qu'un petit garçon regarde du quai :

« À cet âge, un spectacle comme ça, ça doit vous marquer à vie. »

Ca y est, la route de la parole sur le trauma est ouverte, il est temps de s'y engager. Les rêves se succèdent et les commentaires sont pertinents. Son identification à son père agresseur n'a plus de secrets pour lui, mais aussi le fait que c'est le seul moyen qu'il ait trouvé alors pour ne pas devenir fou. Sa mère a raison de se plaindre de ce qu'il se conduit exactement comme lui avec elle. Ce qui l'amène à se souvenir qu'à dix-douze ans il était amoureux d'elle, qu'il éprouvait pour elle un désir physique. Il s'aperçoit que :

« Être le bourreau ou la victime c'est pareil, c'est toujours de la souffrance, mais être celui qui fait peur ça crée une excitation. »

Ou :

« Je croyais que les autres me rejetaient, mais c'est moi qui rejetais les autres : par exemple aux États-Unis j'ai rencontré des tas de gens sympas qui m'ont invité chez eux, et j'ai déchiré toutes leurs adresses. »

Pierre va très vite. Et à partir du moment où il a décidé de parler, son séjour à l'hôpital n'occasionne plus, pour un temps, de tensions et de drames. Beaucoup de thèmes cruciaux vont être abordés, au hasard des événements ou des rêves. En particulier les incidents des précédentes hospitalisations, même la première, vont faire l'objet d'une réécriture soigneuse. Néanmoins nous privilégierons ici les éléments, très mêlés, du trauma infantile et de l'œdipe, dans l'ordre où il les a apportés, au cours de cette période de travail psychique intense.

Il a compris pourquoi les retrouvailles avec sa mère se sont si mal passées. Il a toujours senti le manque d'un père (et pensé, contre toute évidence, que son père l'avait abandonné) :

« Face à ma mère, je me sentais non protégé, sans défenses, je dormais la lumière allumée [...] je voulais les tuer toutes les deux, ma mère et ma sœur ; ma mère, elle est folle. »

Il a du mal à admettre à quel point il peut terroriser les gens (ce qu'un rêve lui révèle) :

« Quand je suis comme ça, je suis quelqu'un d'autre. C'est terrible, après, d'avoir à s'excuser pour quelqu'un d'autre [...] je suis mon père. »

Être (comme) son père tout au moins, c'est ce qui l'a soutenu dans son adolescence, quand il allait très mal : devenir méchant et dur. Il ne parle pas encore de la (ou des) scène traumatique, mais c'est d'elle qu'il s'agit : il est habité par son père et son désir de tuer sa mère. Il est alors très angoissé, jusqu'à la dépersonnalisation. État qu'il connaît bien pour l'avoir souvent éprouvé et dont, cette fois-ci, il sort « serein, je me suis réconcilié avec moi-même », alors qu'avant, « quand ça m'arrivait, je bouillais de fureur ». Il fait un rêve où il s'apprête à se tuer. Pourtant, il commente :

« Je suis décidé à aller mieux, mais je me rends compte qu'il y a une part de moi qui ne veut pas guérir. »

Et en effet, quelques jours après, à la suite d'une visite de sa mère, il se scarifie un bras :

« Je me suis retrouvé quatre ans en arrière [voir les circonstances de la première hospitalisation], à retourner mon agressivité contre moi au lieu de la diriger vers les autres comme mon père. »

Toutefois, il n'oublie pas les sévices qu'il a fait endurer à sa sœur (jusqu'à lui cogner la tête contre un mur) et il remarque que ses scarifications ne le lavent pas du « mal » dont il est porteur. Dans un cauchemar de cette période, il retrouve comme une vision « réelle » le regard de son père, ce regard qui le « glace d'effroi » et le fait hurler de terreur. Ce qui l'amène à une énigme, la même qui lui a valu son incarcération : quand il est revenu chez sa mère, son fantasme a vite été de la tuer avec un couteau et de la découper en petits morceaux, puis de faire subir le même traitement à sa sœur, enfin de se tuer. Et cela, dit-il, dans le but d'effacer le mal qu'avait fait son père, en le répétant. Étrange motivation !

Il n'est pas étonnant qu'il ait été perçu d'abord comme psychotique. Le trauma mène toujours dans la zone de l'originaire. Et ne pas y rester immergé, c'est avoir à ce moment-là ce fantasme de faire quelque chose pour son père. Un élément a ici son importance : lors des scènes de violence sanglante entre ses parents, sa mère prenait toujours un couteau pour se défendre. Le retour de ce souvenir souligne à nouveau que pour Pierre c'est d'elle que vient le danger, danger d'anéantissement psychique que seul un père pourrait prévenir.

Ce « père », il va l'obliger à se manifester. Il vole son dossier d'hospitalisation, s'attendant à y trouver la trace écrite de ce que son psychiatre l'aime. Il détient au contraire la preuve que celui-ci l'a trahi dès le début. Les mots du vocabulaire psychiatrique claquent comme des injures (en particulier « pervers polymorphe »). Il exige des explications avec une véhémence toute paranoïaque. Il refuse d'entendre que son acte porte atteinte au lien de confiance entre lui et son thérapeute. Son désarroi se traduit par une nouvelle phlébotomie. Il éprouve après ce geste le besoin de décrire par le menu les pratiques perverses de sa famille d'accueil. Le pervers, ce n'est pas lui. Dans un rêve, sa mère lui fait une fellation.

Quelques jours plus tard, au téléphone, cette dernière change complètement son discours habituellement accusateur. Elle se reconnaît fautive, lui dit « qu'elle était pour quelque chose dans ce qui était arrivé à ses enfants. » Pierre est très ému, pour la première fois il se met à pleurer, il se trouve inhumain. Quelque chose d'important s'est passé pour lui avec cet aveu maternel. Il retrouve des souvenirs de scènes sexuelles entre ses parents, parle de son dégoût de la sexualité, avance l'hypothèse que c'est sa fascination pour la violence de ses géniteurs qui lui rend la vie si douloureuse :

« Tous les jours je pense au suicide, c'est épuisant. »

Entre morcellement et « lutte première contre les fantasmes destructeurs de la mère »,

« [l'enfant doit] pouvoir assumer une culpabilité archaïque. Et c'est justement ce même type de culpabilité qui resurgit dans l'action traumatique » (Daligand, 2000).

Ce n'est plus comme victime mais comme coupable que Pierre aborde la dernière phase de sa psychothérapie.

La date fixée pour sa sortie se rapproche. Le discours se fait plus pressant et cerne au plus près son objet :

« Qu'est-ce que j'ai fait au Bon Dieu pour que me soit infligée une souffrance pareille ? [...] Pourquoi est-ce que je me déteste autant ? »

Il rapproche ses impulsions suicidaires à ce que « enfant j'ai été séduit par le mal ». Alors que sa mère était le « bien », c'est la toute-puissance démoniaque du père qu'il a choisie. Le mal qui l'accable, c'est aussi d'avoir voulu coucher avec sa mère et sa « mère adoptive », de les violer puis, pour sa mère parfois, de la tuer. Il est même allé plus loin, on le sait : la tuer, lui ouvrir le ventre, lui arracher les intestins. Après sa mère, Pierre entre avec lucidité et courage dans l'univers de la faute.

La nuit qui suit cet aveu renouvelé, il mobilise tout l'hôpital autour de lui : il est suspendu à la rambarde du quatrième étage du hall et crie qu'il va se jeter. Cette fois l'HDT est décidée. Il côtoie la folie des autres pendant trois jours, découvre avec effarement la pulsion désamarrée du signifiant. C'est tout de même à ça qu'il a échappé. Il le comprend bien maintenant.

Sa sortie était imminente et préparée : il a un studio et touche le RMI. Il revient en consultations uniquement.

Premier épilogue

Il connaît, dit-il, l'origine de son « problème » : à cinq ans on l'arrachait à sa mère qu'il aimait follement. Il la laissait aux prises avec cet homme dangereux. Mais aussi il a souhaité alors, et il souhaite encore, qu'elle meure. Sa culpabilité l'écrase : « Je me suis enfermé dans une prison, mais maintenant j'ai envie d'en sortir. » Il passe un mois avec de très grandes oscillations de l'humeur mais, pour la première fois, il connaît des éclaircies qui le surprennent, une sorte d'euphorie qui ne doit rien à la présence de « bons parents » comme aux États-Unis.

Un jour qu'il se sent mal, se déteste, il fait allusion à la scène traumatique : « Je me rappelle mon enfance comme si c'était hier. Je me sentais impuissant pour aider ma mère, mais ça devait me fasciner pour que j'en garde un souvenir aussi précis : c'est comme si j'avais vu ça sur un écran et que j'avais pris la place de l'un d'eux, la place

du plus fort. » Il pense que ça explique son désir de se couper en deux, de se couper la tête (sous le métro), ou de tuer tout le monde et de se tuer après. Avoir la tête coupée, c'est certes une punition pour ses désirs incestueux et ses désirs de mort envers sa mère (rappelons-nous le cauchemar traumatique : « Tue-la, tue-la ! »), mais c'est aussi la sanction qu'appelle sa « toute-puissance à faire le mal » (« Je ne me sens pas humain, je suis exclu de l'humanité, je suis fasciné par ces scènes ») et c'est enfin un désir de castration : il est allé un jour voir un médecin pour une ablation de ses testicules.

Encore un mois et Pierre fait ce rêve : il est poursuivi et arrêté par un policier. Il sent d'autour de sa tête un objet difficile à identifier, ça ressemble à la couronne d'épines du Christ « au-dessus de mes yeux ». Quand il approche cet objet de sa peau, il change de couleur et se charge d'amandes [avec un e ou avec un a ?] comme « les différentes couches de ma pensée ». L'objet complètement dégagé de sa tête, il sent un immense soulagement, une joie, et il se réveille.

Lors de l'entretien suivant, quelques jours après, il a encore « compris » quelque chose : « J'ai compris la source de ma culpabilité. Quand je voyais les scènes entre mon père et ma mère, je ne pouvais pas ne pas penser que c'était moi le coupable. C'était pour les épargner. » Plus tard il ira plus loin : s'il ne se souvient pas des coups qu'il recevait de son père (et qui sont mentionnés sur le rapport de la DASS), c'est qu'il a dû penser à ce moment-là qu'il y avait entre eux une complicité et que c'était lui, l'enfant, qui le faisait agir comme ça. C'est pour ça que dans ses cauchemars il se montrait actif et l'incitait à tuer sa mère. L'apparence purement logique de ce raisonnement déductif ne doit pas nous tromper. C'est à l'inverse des retrouvailles qui lui permettent de donner du sens à l'inexplicable, cette pulsion à détruire celle qu'il aimait et haïssait avec la même force aveugle.

Les derniers entretiens s'accompagnent d'un changement profond chez Pierre. Il ne comprend plus pourquoi il voulait se tuer, il a envie de profiter de la vie et c'est ce qu'il va faire désormais, effectivement.

Deuxième épilogue

La question du trauma est définitivement réglée. Pierre a ôté sa couronne d'épines et il se sent heureux et léger. Il ne rôdera plus jamais dans les parages de l'originaire. Reste le problème œdipien : il craint le désir amoureux et il remarque que dans son discours, chaque fois qu'il parle de femmes il finit toujours par parler de sa mère.

Il voyage beaucoup à travers l'Europe et monte une « start-up » avec des amis. Enfin des amis... le seul ami qu'il souhaite avoir c'est son psychiatre (il rêve qu'il est avec lui le seul survivant d'une épidémie et que l'un des deux doit tuer l'autre pour pouvoir survivre). Comme l'amour, l'amitié reste prisonnière des ombres du passé, dans l'espace spéculaire, ce qui est un progrès.

Il vient de temps en temps pour un entretien, une fois par trimestre environ, souvent à la suite d'un rêve. Il s'agit toujours, ou presque, de son rapport avec les femmes, qu'il ne recherche que pour le plaisir qu'elles peuvent lui donner. Il termine le dernier entretien en date sur cette phrase : « On ne se remet jamais d'avoir été abandonné par sa mère. »

Conclusion

Le destin du traumatisme infantile est extrêmement divers, surtout quand il est comme ici très précoce, à un moment où l'enfant ne sait rien encore de la mort (Bailly, 1999) et qu'il n'est pas très loin de ses expériences originaires de morcellement et de néantisation. Par pure hypothèse, Pierre aurait pu devenir psychotique s'il ne s'était identifié à son père (quelles que soient les difficultés que ça lui a values par la suite), ou guérir et oublier s'il avait été dans une famille d'accueil aimante. Ce qui est intéressant dans cette observation, c'est qu'un traumatisme psychique très précoce engendre une culpabilité accablante et une exclusion de la communauté des hommes, comme dans les névroses traumatiques graves de l'adulte. D'autre part, les effets de l'image qui a fait effraction se sont intriqués à une psychonévrose extrêmement sévère. Intriqués dans le sens où chacune des deux voies psychopathologiques a renforcé la dimension pathogène de l'autre. Pierre a par exemple deux raisons de s'imaginer comme le meurtrier de sa mère : d'une part il la désire et elle représente pour lui un risque d'anéantissement, d'autre part le traumatisme a fait resurgir ses fantasmes destructeurs archaïques.

Reprenons les phénomènes spécifiquement liés à ce traumatisme qui n'a pu s'élaborer.

L'omniprésence de la mort d'abord, mais ici non comme une menace de chaque instant mais comme un vœu obsédant : il s'agit de tuer et d'être tué. Et cela avec un raffinement de moyens qui portent la marque du réel : découper, dépecer, voire manger les morceaux du cadavre, ou se faire écrabouiller, couper la tête, émasculer. Pierre a mis très longtemps avant de pouvoir livrer ces fantasmes, qui seront intimement

liés dans son discours à la question de ses origines et à son désir incestueux : on ne devrait pas laisser à des irresponsables (comme ses parents) le « droit » de faire des enfants, rabâche-t-il souvent.

La fascination pour les scènes de violence de son enfance est perçue seulement au moment où il s'agit de s'en déprendre. Jusqu'alors elles n'étaient vécues que comme une douloureuse expérience qui lui donnait le sentiment d'être un individu à part, différent des autres, qui avait reçu une initiation refusée au commun des mortels. Il l'exprimait clairement : il ne voulait pas être « comme les autres » pour lesquels il témoignait d'un insondable mépris. Mais en contrepartie, il était alors plus qu'identifié à l'agresseur paternel, il était l'horreur même, le déchet.

La honte et l'abandon sont aussi très présents chez Pierre. Honte d'avoir été dans l'effroi de l'événement et de sa répétition, déserté par le signifiant : que dire du néant qui le hante sinon le mettre en acte dans des tentatives de suicide souvent sanglantes ? Et abandon par le langage, renouvelé dans la réalité, et ressenti d'abord passivement : sa mère l'a abandonné, la DASS l'a livré aux exactions d'une famille déboussolée ; chaque rencontre aboutit à un rejet. Puis abordé sous l'angle actif de la répétition : se faire abandonner, jeu auquel il a épuisé une équipe de psychiatrie pourtant solide. Le destin des névrosés traumatiques graves est souvent celui-là : se faire exclure de la famille, du travail, enfin de la société (Lebigot, 2000).

Terminons avec le problème de la culpabilité. Elle est massive quoiqu'inconsciente. Pierre se vit comme un monstre et le seul remède qu'il peut imaginer est d'être l'*alter ego* de son thérapeute idéalisé. La levée du poids écrasant de cette culpabilité qui fait de sa vie un chemin de croix (voir la couronne d'épines) n'a lieu que lorsqu'il est capable d'inventer un montage logique où il est réellement coupable, retrouvant de cette façon la sauvagerie d'un fantasme archaïque inaccessible, d'une faute originelle (le trauma de l'adulte ne débouche jamais dans la psychothérapie sur une « faute originelle » explicitée, comme ici). La scène traumatique est devenue un acte du sujet. La mort n'est plus le néant. Elle est maintenant liée par lui à la faute œdipienne et c'est comme ça qu'il parvient enfin à cesser de haïr sa mère, et même son père.

Néanmoins, l'interdit du désir incestueux ne l'a pas encore mené vers une autre femme. Il lui reste une de ces frayeurs devant le lien amoureux qui embarrassent bien des névrosés ordinaires. Pour le moment, il ne s'en plaint pas. Il se sent encore très jeune.

DÉPRESSION POST-TRAUMATIQUE CHEZ UN PATIENT ORIGINAIRE D'AFRIQUE NOIRE : FÉLIX¹

Résumé

Ce jeune Africain de vingt-huit ans, victime d'un attentat dans le métro parisien, présente une névrose traumatique dans laquelle les éléments dépressifs prédominent. Ceux-ci se traduisent essentiellement par des troubles cénesthésiques très angoissants et sont à rapporter, entre autres facteurs, à la culpabilité liée au trauma. Au cours de son travail psychothérapique, il va retourner dans tous les sens la question : « Pourquoi est-ce à moi que c'est arrivé ? » Il finira par rencontrer une faute fantasmatique, un désir de meurtre inscrit dans son histoire œdipienne. Passer de la transgression que constitue la contemplation de l'horreur de la mort à une faute originelle qui est le lot de chaque homme lui ouvre la voie de la guérison.

Un traitement traditionnel en Afrique aurait pu atteindre au même résultat. À condition de trouver un « féticheur » qui sache encore manier les symboles.

Félix est un Togolais qui a maintenant trente ans, célibataire, venu en France il y a six ans pour compléter sa formation universitaire. Enseignant dans un collège de Lomé, titulaire d'une licence de physique, il a obtenu à Paris sa maîtrise tout en travaillant comme concierge remplaçant pour subvenir à ses besoins. Il s'apprêtait à commencer un Diplôme d'Étude Appliquée en septembre 1995. Le 25 juillet de cette année, il quitte son travail à l'heure habituelle pour prendre le RER à la station Châtelet. Habituellement, il monte dans la dernière rame où il retrouve des camarades. Cette fois-ci, il a un léger retard. Le train est déjà là, prêt à partir. Il court aussi vite qu'il le peut le long du quai, mais la sonnerie du départ retentit et il se fraye difficilement un chemin dans l'avant-dernière rame qui est bondée à cette heure de la journée. À la station suivante (Saint-Michel) la bombe explose, à un mètre de lui. Il ne se souvient d'avoir entendu qu'un petit bruit, « comme un pet ». Une douleur indescriptible envahit son corps, « un tournoiement de douleur ». Il pense qu'il va mourir et s'adresse à Dieu. Sans doute est-il tombé à ce moment-là, les paumes de ses mains portent les marques d'une chute. Sa conscience s'est obscurcie un très bref instant. Il est maintenant debout sur le quai, il se retourne et contemple, horrifié,

1. F. Lebigot (1999), « Dépression post-traumatique chez un patient originaire d'Afrique noire », *Ann. Méd.-Psychol.*, vol. 157, n° 3.

l'énorme trou noir qui exhale une épaisse fumée. Ses vêtements et ses cheveux sont en feu, des gens accourent pour l'éteindre. Il s'aperçoit alors que sa chaussure droite a été emportée, que ses orteils pendent sur le côté, des os sortent de la plaie, et qu'il a un trou dans le mollet, Les secours arrivent rapidement. Il est transporté dans un café puis à l'hôpital. Avec hésitation, il donne son accord au chirurgien pour une amputation. À ce moment de son récit, qu'il nous fait deux ans et demi plus tard, Félix éclate en sanglots :

« J'ai lutté, lutté jusqu'à maintenant pour que ça ne soit pas vrai. »

Les soins vont durer plusieurs mois : interventions chirurgicales, trois tympanoplasties, traitement des brûlures, greffes, rééducation. Quand il quitte l'hôpital, il retourne vivre dans sa chambre, dans un foyer de jeunes travailleurs. Il a eu le temps de se fâcher avec tout ce qu'il compte à Paris d'amis et de parents. Il avait le sentiment que ceux-ci se moquaient de lui, ou pensaient qu'il méritait ce qui lui était arrivé.

Il est difficile de reconstituer ce qu'ont été pour lui ces deux années après sa sortie de l'hôpital. Il semble qu'il ait vécu terré chez lui, ne sortant que pour se procurer ce qui était nécessaire à sa survie, et pour se rendre à des séances d'hypnothérapie. L'association SOS-Attentats, qui suit de près les victimes de ce type d'événement, l'avait incité à aller consulter un psychiatre pratiquant l'hypnose. C'est cette même association qui, le voyant plutôt s'aggraver, l'a adressé à l'hôpital militaire.

Ce que dit Félix de cette longue période, c'est qu'il se méfiait de tout et de tous, qu'il pensait que les terroristes étaient à sa recherche pour « finir le travail », et que, lorsqu'il sortait de ses séances d'hypnose, il avait « l'impression de devenir fou ». Il n'a pas été simple de le convaincre de rentrer à l'hôpital. Tous ses efforts psychiques, comme nous l'avons vu, visaient à refuser la réalité de ce qui lui était arrivé, et l'hospitalisation signifiait pour lui qu'il abandonnait cette lutte, qu'il prenait acte de l'épreuve atroce qu'il avait traversée. Le lendemain de son admission, il téléphone à sa mère et, pour la première fois, lui parle de l'attentat. Il appelle aussi son frère cadet qui, en principe, ne savait rien non plus.

Le syndrome de répétition traumatique

Il est au premier plan de la symptomatologie présentée par le patient. Les cauchemars reproduisent fidèlement tel ou tel moment de l'expérience traumatique, les reviviscences diurnes surviennent plusieurs fois par jour, à n'importe quel moment. La mort est présente partout, aux

aguets. Il dort peu, ne prend pas les transports en commun et fuit la foule. Dans le service, il vit isolé dans sa chambre, évite autant que possible le personnel et surtout les autres malades.

Peu à peu, une évolution se dessine. Un traitement psychotrope améliore le sommeil et réduit le nombre des cauchemars. Il parvient à nouer une relation avec les infirmiers puis à s'intégrer à la vie du service. Il réussit même à prendre l'autobus qui passe devant l'hôpital, et le monde extérieur devient moins menaçant. Son activité onirique se modifie : apparaissent des cauchemars ou des rêves qui métaphorisent l'événement, y mêlent des scènes de son histoire. Après une période d'environ six mois, le syndrome de répétition a beaucoup diminué, les manifestations anxieuses ne surviennent que dans des situations liées pour lui à l'attentat (images télévisuelles, blessé croisé dans les couloirs de l'hôpital, etc.). En revanche, un état dépressif franc occupe le devant de la scène.

Le syndrome dépressif et la culpabilité

Au moment de notre première rencontre, Félix se montre triste, ses plaintes somatiques sont typiques de la dépression chez l'Africain (Djassao, 1994, et Murphy, 1980) : crampes, fourmillements, piqûres dans tout le corps. Des « chenilles » circulent dans ses veines ou marchent le long de ses nerfs, jusque dans la tête où elles déclenchent des céphalées intenses. Il se sent très coupable :

« Au moment de l'attentat je n'ai pensé qu'à moi, je n'en suis pas sûr mais je crois que j'ai vu sur le côté une main qui se tendait puis qui disparaissait et je n'ai rien fait. »

Des sentiments de culpabilité sont régulièrement présents, diversement rationalisés. La logique voudrait qu'une victime se sente innocente. Or le trauma, en cela il se différencie du stress, réalise une transgression. En un éclair, le sujet s'est vu mort, c'est-à-dire qu'il est allé au-delà de ce qu'il est permis à l'homme de voir.

D'autre part, du fait de son rapport intime avec le réel de la mort, le patient s'exclut de la communauté des hommes. Ses semblables savent qu'ils vont mourir, mais ils n'y croient pas vraiment. C'est ce qui leur permet de vivre, justement. Lui, maintenant, il y croit et il n'est préoccupé que de cela. Dans la psychothérapie, à partir de la transgression qui le ramène toujours dans les parages de la pulsion de mort, devra s'élaborer un discours qui le situe à nouveau dans l'orbe de la faute originelle, de la faute œdipienne. Aussi injuste que cela soit, il y a un moment où le sujet doit pouvoir se penser coupable de ce qui lui est arrivé, et l'événement prendre l'allure d'un châtiment.

Félix est assez courageux pour parvenir assez vite à ce questionnement :

« À ce très grand malheur qui m'est arrivé, il faut bien qu'il y ait une très grande faute qui corresponde. »

Dieu — le dieu des chrétiens, il est baptisé et croyant — l'a puni, mais de quoi ? Il préfère tourner et retourner dans son esprit cette question plutôt que la thèse que ses cousins en France lui ont soufflée : quelqu'un est allé voir un « féticheur » pour qu'il ait un accident mortel. Il dit ne pas croire à la magie, même si quelques-uns de ses rêves montrent le contraire.

Les causes de la dépression

Félix, nous l'avons vu, a décidé de prendre acte de la réalité de l'événement traumatique. Il y parvient de mieux en mieux, aidé en cela par la pression moindre qu'exerce le syndrome de répétition. Dans le même temps, c'est la dépression qui s'aggrave. Les sensations intracorporelles sont pour lui une préoccupation majeure : quelque chose est en train de dévorer sa force vitale. Il se sent fatigué et sans désir. Sa tristesse confine au désespoir, sur fond de vagues idées de suicide. On pourrait rapporter cet état dépressif à ce qu'il en dit lui-même : il a pris conscience des pertes que l'attentat lui a fait subir. Félix est un bel homme, bien bâti, qui était sportif, il excellait dans le football, et avait beaucoup de succès auprès des femmes. Son amputation, ses cicatrices, les plages brûlées sur sa peau lui sont insupportables : « Mon corps était mon atout principal. » Il a aussi perdu trois ans dans son cursus universitaire, a oublié beaucoup de ce qu'il savait et ne se sent pas capable de poursuivre ses études.

Il est certain que tous ces éléments jouent leur rôle dans la détermination de l'état dépressif. Mais il faut tenir compte aussi des sentiments de culpabilité, qu'il finit par formuler dans cette affirmation terrible : « Je suis maudit. »

Dans les effets de cette malédiction, outre l'attentat, il inclut la mort de son père, alors qu'il avait cinq ans, et les sacrifices consentis par sa mère pour assurer sa scolarité. Au cours des mois que dure sa psychothérapie, Félix oscille entre plusieurs réponses à cette question que se pose tout rescapé d'un événement grave où il s'est vu mort : « Pourquoi moi ? » Ce qui lui paraît le plus mystérieux, c'est sa course folle le long du quai pour s'engouffrer en jouant des coudes dans cette rame, à un mètre de la bombe, « comme si elle avait exercé sur moi une attraction ». Son discours l'entraîne peu à peu vers des interprétations traditionnelles. Par exemple, il fait un rêve dans lequel il retourne

dans le village de son père et croise une femme qui lui demande : « Comment, tu n'es pas mort ? »

« Cette femme, commente-t-il, ne savait rien de l'attentat, mais elle savait que ma mort avait été décidée. »

Qui pourrait lui en vouloir à ce point ? Lui, l'orphelin, a réussi brillamment dans ses études, alors qu'aucun de ses nombreux cousins n'a dépassé le premier cycle de ses études secondaires. En Afrique, on ne dépasse pas ainsi impunément ses « frères », il y a là une transgression qui fait écho à la transgression réalisée par le trauma. Toutefois, la mise en forme des interprétations persécutives, qui sont une des manières dont l'Africain traite la culpabilité, ne peut être le fait de la supposée victime seule. Il faut la clairvoyance d'un devin, la caution et la participation du groupe clanique à la démarche diagnostique, et la mise en œuvre de rituels appropriés. Chez un patient d'origine européenne, on aurait probablement abordé le décès de son père à un âge où les souhaits de mort de l'enfant sont une des sources de la culpabilité œdipienne et de l'angoisse de castration. Autrement dit, au moment où l'enfant entre dans l'histoire des hommes.

En Afrique, on n'affronte pas son père sans prendre de grands risques, et la rivalité est déplacée sur les frères et sœurs (Ortigue, 1973). Aussi l'émergence des vœux de mort aboutit chez ce patient à des rêves où le père est figuré par des personnages d'une violence extrême, des dictateurs africains par exemple, qui le mettent dans un tel danger que seul le réveil le sauve.

La castration est figurée comme réelle et sanglante : ses orteils tranchés ont la faculté de s'ériger, comme un pénis. À ce niveau seuil de la problématique œdipienne, d'autres éléments plus angoissants encore apparaissent, qui font intervenir des fantasmes de dévoration. Par exemple, des crocodiles qui nagent dans le fleuve qu'il aurait à traverser pour atteindre l'autre berge, celle de la guérison. Il compare le métro à une énorme bête carnassière, qui a dévoré une partie de sa chair.

Cette voie d'élaboration du traumatisme et de la faute paraît impossible à emprunter et laisse le mythe œdipien bloqué à son niveau le plus sanglant et le plus cruel.

Dans toute la période où il fait ces cauchemars, le poids de la dépression est énorme, puis finit par s'alléger graduellement, tandis que ses rêves témoignent plutôt de ses sentiments d'abandon. Félix envisage d'aller passer un mois au Togo. Ses amis et ses cousins, avec lesquels il a renoué, le pressent de profiter de son séjour là-bas pour s'en remettre à un guérisseur traditionnel. Il est très réticent. Deux jours avant son départ, il fait un rêve qui débloque tout d'un coup la situation. Il est

dans une forêt avec sa mère et sa sœur, en train d'abattre des arbres. Il y en a un qui résiste et qu'il n'arrive pas à faire tomber. Sa petite sœur va se cacher dans un trou. Il pousse l'arbre, qui tombe. Il ne voit pas sa petite sœur, elle n'est pas dans le trou et il la trouve par terre baignant dans une mare de sang. Il pense qu'elle est morte. Sa mère se penche et lui dit que non, elle bouge encore. Son commentaire est le suivant : il s'apprête à retrouver ses parents. Il va leur parler de l'attentat, c'est pour ça qu'il va au Togo, non pour passer des vacances. Ils vont se mettre les mains sur la tête et partager sa douleur. Jusqu'à maintenant il était resté seul avec elle, et exclu. Il ne voulait rien dire. Maintenant, il va se retrouver au milieu des siens.

Et c'est exactement ce qui s'est passé. Son voyage a été très réussi :

« J'ai senti que j'étais très aimé et que moi aussi j'étais capable de les aimer. »

De sa position de coupable de désirs meurtriers, Félix a pu reprendre sa place parmi les hommes. Nous le retrouvons changé, se tenant droit, la voix assurée. La dépression persiste sur un mode mineur, mais elle est en rapport avec ce qu'a de réellement difficile sa situation. Il va reprendre ses études, sous forme de cours de rattrapage pour le moment. Et poursuivre le cours de sa psychothérapie.

Il a ramené du Togo la carte d'identité de son père, mais n'a pas « osé » demander à sa mère de quoi celui-ci était mort.

Conclusion

La dépression post-traumatique est intimement liée à l'effraction traumatique. Si son mode d'expression symptomatique chez un Noir africain privilégie des représentations intracorporelles inhabituelles en Europe, son déterminisme psychopathologique est très semblable. La difficulté surgit surtout dans le processus thérapeutique, lorsqu'il fait appel à une relation transférentielle en face à face. En Afrique, un bon guérisseur aurait associé un grand nombre de personnes des lignages paternels et maternels dans un processus de parole destiné à partager les responsabilités (Bibeau, 1981). Car il est évident là-bas que la faute originelle est partagée. Mais il existe malheureusement de moins en moins de praticiens traditionnels sachant manier les symboles. Félix s'est montré courageux, et a dû affronter seul son désir de mort envers l'enfant du rival. Sans doute a-t-il encore un petit bout de route à parcourir.

CONCLUSION

ON A VU dans les quatre observations qui terminent le livre que ces patients ont tous bénéficié d'une ou plusieurs hospitalisations de longue durée, avec des entretiens fréquents, parfois quotidiens, et une médication chimiothérapique. Dans le chapitre précédent sur les psychothérapies psychodynamiques, nous avons évoqué cette situation particulière à l'armée lors des opérations extérieures, qui faisait que les rapatriés sanitaires à la suite d'un traumatisme psychique étaient pris en charge dans les jours qui suivaient à l'hôpital. Il s'ensuivait des entretiens répétés et précoces, le plus souvent sans appoint chimiothérapique, sauf lorsque la clinique l'imposait. Deux à trois semaines d'hospitalisation, suivies de quelques consultations, suffisaient pour parvenir à la guérison.

De ces deux séries de patients se dégagent des enseignements qui sont valables pour presque tous.

Le premier, et le plus important, est que sortir du trauma est un véritable travail psychique, difficile, qui consiste à se dégager de la fascination qu'il suscite. L'énergie requise pour s'y engager et s'y maintenir est fournie par le transfert, qui dans cette entreprise joue le rôle d'une sollicitation constante à produire une parole pour un autre supposé capable de l'accueillir. On comprend dès lors qu'à l'hôpital, avec des entretiens fréquents et un entourage infirmier informé sur le sujet, s'il l'accepte, le patient se consacre à plein temps à sa guérison, sans s'étonner des détours que lui imposent les lois du processus primaire. Il arrive qu'à titre externe on puisse obtenir du sujet un rythme d'entretiens à généralement trois par semaine. Là aussi, les psychothérapies avancent beaucoup plus vite et vont plus loin.

La deuxième constatation est plus banale : plus tôt est initiée la psychothérapie, plus le traitement a des chances d'être bref. Il est vraiment

très rare que des entreprises tardives soient rapidement efficaces : nous en avons cité un cas particulièrement spectaculaire (*cf.* p. 175).

Troisième constatation, l'importance de la névrose dans l'installation et la plus ou moins grande sévérité de la névrose traumatique. Les thérapies brèves ne se font que chez des sujets capables de se débarrasser de ce morceau d'originaire qu'ils ont inopinément récupéré à l'occasion de l'effraction traumatique.

Les autres psychothérapies psychodynamiques que nous avons brièvement présentées — qui ne bénéficiaient ni d'une hospitalisation, ni d'une prise en charge intensive — nous ont permis de voir comment on sort du trauma. À chaque fois il s'agissait pour le patient de retrouver sa position œdipienne, au sens large de son rapport à l'objet primitif de satisfaction. Si la culpabilité est ici un bon guide c'est que celle qui est liée à la transgression que réalise le trauma est de même nature que celle qui est liée aux approximations de la traversée œdipienne.

Enfin nous avons évoqué ces patients qui pour diverses raisons ne se laisseront pas prendre dans un processus psychodynamique. La relation transférentielle est de l'ordre de l'idéalisation du thérapeute, ce qui avec l'appoint de la chimiothérapie permet de pacifier le déchaînement de la pulsion de mort. Sans compter qu'on ne sait jamais ce que trame en silence l'inconscient à l'insu du patient et du thérapeute — voir les cas de Julie (*cf.* p. 173) et de Pierre (*cf.* p. 197).

Nous voudrions aussi faire une remarque sur l'importance de la clinique. Celle-ci doit être bien connue du praticien, tant dans ses expressions sémiologiques observables, que dans ce qu'elle révèle du processus psychopathologique à l'œuvre chez le patient. C'est son discours qui en porte le témoignage et il nécessite une écoute attentive, et parfois des demandes de développements ou de précisions.

Nous terminerons en rendant l'hommage qui leur est dû aux psychotropes, antidépresseurs, anxiolytiques, parfois anticonvulsivants, plus rarement neuroleptiques. Mais leur bon usage nécessite d'en bien connaître les effets tels qu'ils se dégagent des études pharmacologiques les plus récentes (Ducrocq, 2005). Il y a en expérimentation des substances (bêta bloquants) qui, prescrits dans les heures qui suivent le trauma, empêcheraient le développement ultérieur d'un syndrome de répétition (Vaiva, 2005). Ce pourrait être un progrès du fait que celui-ci joue un rôle majeur dans l'entretien et l'aggravation de la névrose. Mais nous n'avons encore jamais vu en psychiatrie de médicaments qui font plus que s'attaquer aux symptômes. Si ces médications confirment leur intérêt, les psychothérapeutes devront s'adapter à la nouvelle forme que prendront les syndromes psychotraumatiques.

En attendant, nous disposons d'un arsenal chimiothérapique et psychothérapique qui permet d'améliorer ou de guérir la grande majorité de ces patients, surtout s'ils participent activement à l'entreprise, ce qui est encore souvent de notre responsabilité.

Nous n'aurions pas écrit ce livre si nous n'avions pas été persuadé que le savoir qu'il contient devait être restitué. Il est d'abord la monnaie avec laquelle nous payent les patients, mais il est surtout leur contribution à la Science, la science du trauma. Certains en sont assez conscients pour l'exprimer. C'est aussi leur façon à eux, en produisant ce savoir, de regagner le monde des vivants.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRIEU-FILLIOL C., LACOSTE R., DUCOS-ADER R., DELVAUX A. (1992), *Code annoté des pensions militaires d'invalidité des victimes de la guerre et d'actes de terrorisme*, 11^e édition, Paris, Édition Lavauzelle.
- ANDRO J.-B. (1990), *L'effroi des hommes*, Vidéocassette, Time Code Production.
- ARIÈS P. (1973), *Essai sur l'histoire de la mort en Occident*, Paris, Seuil.
- BAILLY A. (1956), *Dictionnaire grec et français*, Paris, Librairie Hachette.
- BAILLY L. (1999), « Psychotraumatisme de l'enfant : avancées cliniques et théoriques », *Nervure*, tome 7, n°6, pp. 20-25.
- BAILLY L. (2001a), « Traitement des psycho-traumatismes de l'enfant », *Les traumatismes psychiques*, De Clercq M. et Lebigot F., Paris, Masson, pp. 287-319.
- BAILLY L. (2001b), « Syndromes psycho-traumatiques chez l'enfant », *Les traumatismes psychiques*, De Clercq M. et Lebigot F., Paris, Masson, pp. 141-151.
- BARROIS C. (1993), *Psychanalyse du guerrier*, Paris, Hachette.
- BARROIS C. (1996), "Post Traumatic Stress Disorders" (PTSD) et « États de stress post-traumatique ; les dangers et erreurs cliniques et conceptuelles de ces dénominations dans les classifications D.S.M IV et C.I.M. 10 », *Ann. Médic-Psychol.*, vol. 154, n°8-9, pp.542-547.
- BARROIS C. (1998), *Les Névroses traumatiques*, Paris, Dunod.
- BAUBET T., REZZOUG D., JEHEL L., ROY I., ROMANO H., ADNET F., FLEURY M., LAPANDRY C., MORO M.-R. (2005), « L'urgence médicopsychologique lors de l'afflux à Roissy Charles-de-Gaulle de ressortissants français au cours des crises majeures. À partir des crises ivoiriennes et asiatiques de 2004, Communication à la Société médicopsychologique », à paraître dans les *Ann. Méd- Psychol.*
- BERGERET J. (1979), *Psychologie pathologique*, Paris, Masson.
- BIBEAU G. (1981), « Préalables à une épidémiologie anthropologique de la dépression », *Psychopathologie africaine*, vol. 17, pp. 179-195.
- BIRMES P. (1996), *Facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique : les*

- mécanismes de défense, l'environnement, le traumatisme*, thèse de médecine, Toulouse, Univ. P. Sabatier, dactylographiée, 276 p.
- BIRMES P., DÉTHIEUX J.-B., SCHMITT L. (2000), « Trauma et dissociation péri-traumatique : évolution des idées et perspectives. », *Ann. Méd-Psychol*, vol. 158, n°4, pp. 312-315.
- BLEICH A., KOSLOWSKY M., DOLEV A., LERER B. (1997), "Post traumatic stress disorder and depression : an analysis of comorbidity", *Br. J. Psychiatry*, n°170, pp. 479-482.
- BRASSART P. (1987), « Le désastre de Lisbonne », *L'Âne*, n°30, pp.43-44.
- BRESLAU N., DAVIS G.-C. (1987), « PTSD : The etiologic specificity of wartimes stressors », *Am. J. Psychiatry*, vol.144, n°5, pp. 578-583.
- BRIOLE G. (1988a), *Rêve et névrose traumatique de guerre*, tome 43, *Ornicar ?*, pp. 38-44,
- BRIOLE G. (1988b), « Le revolver », in « Événement, traumatisme, réaction », Journée psychiatrique du Val-de-Loire, Abbaye de Fontevraud, 30 avril 1988, *Psychiatrie Francophone* (numéro hors série), pp. 6-12.
- BRIOLE G. (1989), « Rentrer captif », *Ornicar ?*, n°49, pp. 135-137.
- G., (1998), « Sur la honte », *Ornicar ?*, n° 49, pp. 167-170.
- BRIOLE G., LEBIGOT F. *et al.* (1994), *Le Trauma psychique : rencontre et devenir*, Paris, Masson.
- Centers for Disease control Vietnam Experience Study (1987), « Post service mortality among Vietnam veterans », *Jama*, 257, n°6, pp.790-795.
- CIM 10. (1993), *Classification Internationale des Troubles Mentaux*, OMS, Paris, Masson.
- CREMNITER D. (2005), « Pour une réflexion clinique sur la dissociation traumatique, à partir des expériences du tsunami », Communication à la Journée scientifique de l'ALFEST, 7 juin 2005, à paraître dans la *Revue francophone du stress et du trauma*.
- CROCQ L. (1974), « Stress et névrose traumatique », *Psychologie médicale*, vol.6, n°8, pp. 1493-1531.
- CROCQ L. (1992), « Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névroses traumatiques, états de stress post-traumatique et autres séquelles », *Psychologie Médicale*, vol. 24, n°5, pp. 427-432.
- CROCQ L. (1996), « Impact émotionnel des images », *Séminaire « Communication et risques : images et médias »*, 4-6 octobre, CNRS, Conseil de l'Europe EUROPA, Paris, Risques majeurs.
- CROCQ L. (1998), « La Cellule d'urgence médicopsychologique. Sa création, son organisation, ses interventions », *Ann. Méd-Psychol*, vol.156, n°1, pp. 48-54.
- CROCQ L. (1999), *Les Traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob.
- CROCQ L. (2002a), « Persée, la Méduse et l'effroi », *Revue francophone du Stress et du Trauma*, tome 2, n°3, pp. 133-138.
- CROCQ L. (2002b), « Histoire critique du débriefing », in De Soir E., Vermeiren E., *Les débriefings psychologiques en questions*, Anvers, Garant Editeur, pp 73-130.
- CROCQ M.-A., HEIN K.-D., BARROS-BECK J., DUVAL F., MACHER J.-P. (1992), « Stress post-traumatique chez des prisonniers de la Seconde Guerre mondiale », *Psychologie Médicale*, n°24, pp. 480-483.

- DALIGAND L. (1997), « La thérapie des victimes au risque de la violence », *Les cahiers de l'Actif*, n° 248/249, pp. 77-84.
- DALIGAND L. (2000), « La dépression post-traumatique chez l'enfant », *Revue francophone du Stress et du Trauma*, tome 1, n° 1, pp. 27-31.
- DALIGAND L. (2001a), « Culpabilité et traumatisme », *Revue francophone du Stress et du Trauma*, tome 1, n° 2.
- DALIGAND L. (2001b), « La Victime, la thérapie et la loi », in De Clercq M., Lebigot F., *Les Traumatismes psychiques*, Paris, Masson.
- DALIGAND L. (2005), « La honte et le trauma », Communication à l'AL-FEST, 7 juin 2005, à paraître dans la *Revue francophone du Stress et du Trauma*.
- DALIGAND L., CARDONA J. (1996), « La prise en charge des victimes d'attentat », *Victimologie*, n° 6, pp. 20-28.
- DALIGAND L., GONIN D. (1993), « Violence et victimes », *Méditations Lyon*.
- DAMIANI C. (1997), « Les victimes », *Violences publiques et crimes privés*, Paris, Bayard.
- DAMIANI C. (2002) « Modalités et déroulements », in De Soir E., Vermeiren E., *Les débriefings psychologiques en questions*, Anvers, Garant Editeur, pp. 201-207.
- DARVES-BONAZ J.-M. (1996), « Syndromes traumatiques du viol et de l'inceste », *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, Paris, Masson.
- DARVES-BONAZ J.-M., DELMOTTE I. et al. (1996), « Syndrome secondaire à un stress traumatique (PTSD) et conduites addictives », *Ann. Médic-Psychol.*, vol. 154, n° 2, pp. 190-194.
- DEAHL M.-P., GUILLHAM A.-B., THOMAS J., et coll. (1999), « Psychological sequelae following the Gulf war. Factor associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing », *British Journal of Psychiatry*, vol. 165, pp. 60-65.
- DEAHL M., (2000), « psychological debriefing », in Nutt D., Davidson JRT., Zohar J. (ed.), *Post traumatic stress disorder*, London, Martin Dunitz LTD., pp. 115-130.
- DE CLERCQ M., VERMEIREN E., HENRY DE FRAHAN B. (1996), « Le debriefing psychologique après une catastrophe ne suffit pas. Evaluation de l'importance des états de stress post-traumatique pour des patients ayant bénéficié d'un debriefing », *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, n° 3, pp. 87-91.
- DE CLERCQ M., VERMEIREN E. (1999), « Le debriefing psychologique : controverses, débat et réflexion », *Nervure*, vol. 12, n° 6, pp. 55-61.
- DE CLERCQ M., LEBIGOT F. (2001), *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson, pp. 335-341.
- « Décret du 10 janvier 1992 déterminant les règles et barèmes pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre ». Annexe au Guide-barème de 1992, *Journal officiel* 1992, numéro 10 du 12 janvier.
- DE MONTLEAU F., FAVRE J.-D., MORAUD C., LASSAGNE M. (1998), « Facteurs de risque des troubles psychiques survenant dans les forces armées en opérations extérieures », *Ann. Médic-Psychol.*, tome 7, n° 156, pp. 460-471.

- DE SOIR E., VERMEIREN E. (2002), *Les débriefings psychologiques en questions*, Anvers, Garant Editeur.
- DE SOLEMNE M. (1998), *Innocente culpabilité : dialogue avec Paul Ricoeur*, Paris, Dervy.
- DEVILLIÈRES P. (2001), « Un psychiatre dans la K For », tome 1, n°4, *Revue francophone du Stress et du Trauma*, pp. 219-226.
- Dictionnaire historique de la langue française (1993), REY A. (sous dir.), Paris, Dictionnaires Le Robert.
- DJASSAO G. (1994), « Traitement de la dépression en Afrique Noire. La cure d'un couple en situation dépressive en milieu Nawada à Lomé (Togo) », *Psychopathologie Africaine*, n° 26, pp. 61-82.
- DUCROCQ F., BORDET R., VAIVA G. (2005), « Abords pharmacologiques », in Vaiva, G., Lebigot, F., Ducrocq, F., Goudemand, M., *Psychotraumatismes, prise en charge et traitements*, Paris, Masson.
- DYREGROV A. (1989), « Caring for helpers in disaster situation : psychological debriefing », *Disaster Management*, vol. 2, pp. 25-30.
- FENICHEL O. (1945), *La Théorie psychanalytique des névroses*, trad. fr. 1953, Paris, PUF (2 vol.).
- FERENCZI S. (1918), « Psychanalyse des névroses de guerre », in *Rapport présenté au V^e Congrès international de psychanalyse de Budapest*, tome 3, pp. 27-43.
- FERRADA-NOLI M., ASBERG M., ORMSTAD K. (1998), « Suicidal behavior after severe trauma. Part 2 : the association between methods of torture and of suicidal ideation in post traumatic stress disorder », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 11, n° 1, pp. 113-123.
- FREEDMAN S.A., BRANDES D. *et al.* (1999), « Predictors of chronic post traumatic stress disorder. A prospective study », *British Journal of Psychiatry*, pp. 353-359.
- FREUD S. (1915a), « Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Petite bibliothèque Payot, pp. 7-39 et 255-267, 1981.
- FREUD S. (1915b), « Le refoulement », in *Métapsychologie*, Gallimard, coll. « Idées », 1968.
- FREUD S. (1920), « Au-delà du principe de plaisir », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, pp.42-115, 1981.
- FREUD S., BEUER J. (1895), *Etudes sur l'hystérie*, PUF, collection « Bibliothèque de psychanalyse », 1953.
- GAUTIER E. (1998), in BRIOLE G., LEBIGOT F., LAFONT B., « Partager l'horreur pour s'en détacher », *Psychiatrie militaire en situation opérationnelle*, ADDIM.
- GILLES A. (1916), « Étude sur certains cas de neurasthénie, et à leur propos sur certains états psychologiques observés sur la ligne de feu », *Ann. Médic.-Psychol.*, vol. 73, tome 7, pp. 333-364.
- GOENJIAN A.-K. (1993), « A mental health relief programme in Armenia after the 1988 earthquake : implementation and clinical observations », *British Journal of Psychiatry*, n° 163, pp.230-239.
- GOENJIAN A.-K., KARAYAN J. *et al.* (1997), « Outcome of Psychotherapy among early Adolescents after trauma », *Am.J.Psychiatry*, vol. 154, pp.536-542.
- GONIN D. (1998), « Le rapport vie / mort et sa disjonction dans le processus de victimisation », *14^e Assises de l'INAVEM*, Villeurbanne.

- GROOPMAN J. (2004), « How much does counselling help or hurt ? The grief industry », *The New Yorker*.
- HENDIN H., POLLINGER HAAS A. (1991), « Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans », *Am. J. Psychiatry*, vol. 148, n°5, pp. 586-591.
- HILEY-YOUNG B., DUDLEY D.-B., ABUEG F., ROZYNKO V., GUSMAN F.-D. (1995), « Warzone violence in Vietnam : an examination of pre-military, military, and postmilitary factors in PTSD in-patients », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 8, n°1, pp. 125-139.
- KADARÉ ISMAÏL (1984), *La Niche de la honte*, Le Livre de Poche, Collection « Biblio », 2005.
- JUDY E. (2001), « “Tu aurais mieux fait de faire un enfant”. La psychothérapie au long cours d’une névrose traumatique grave », *Revue francophone du Stress et du Trauma*, vol.1, n°4, pp. 245-251.
- JUDY E. (2002), « Soins aux marins victimes de l’attentat contre l’USS Cole », *Revue francophone du Stress et du Trauma*, vol. 2, n°1, pp. 29-32.
- Journal of the American Medical Association* (1987), « Postservice mortality among Vietnam veterans. The Centers for Disease Control Vietnam Experience Study » (1987), 257, pp. 790-795.
- JUILLET P., MOUTIN P. (1969), *Psychiatrie militaire*, Paris, Masson.
- KRAMER T., LINDY J. *et al.* (1994), « The comorbidity of PTSD and suicidality in Vietnam veterans », *Suicide life Threatening Behavior*, 24, n°1, pp. 58-67.
- KRAEPELIN E. (1889), *Psychiatrie, Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Leipzig, Barth JA, 6^e éd.
- KUBANY E.-S., ABVEG F.-R. *et al.* (1997), « Development and validation of the sources of trauma related guilt survey - war-zone version », *Journal of traumatic Stress*.
- LACAN J. (1966), « Propos sur la causalité psychique », *Ecrits*, Paris, Seuil.
- LACAN J. (1968), « Essai sur la signification de la mort par suicide », *Scilicet*, n°1, pp.135-146.
- LACAN J. (1973), « Le séminaire. Livre XI », *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Seuil, 2004.
- LACAN J. (1986), « Le séminaire. Livre VII », *L'éthique de la psychanalyse*, Paris, Seuil.
- LAFONT B., RAINGEARD D. (1992a), « Psychiatre dans le Golfe », *Médecine et armées*, n°20, tome 3, pp. 261-266.
- LAFONT B., RAINGEARD D. (1992b), « Cadre et rôle du psychiatre de l’avant en temps de guerre », in Comptes rendus du symposium international : « Stress, psychiatrie et guerre », Val-de-Grâce, Paris.
- LAFONT B. (1996), « Troubles psychiques individuels et collectifs au cours et au décours de situations de catastrophe », in Huguenard P., *Traité de catastrophe : de la stratégie d’intervention et de la prise en charge médicale*, Paris, Elsevier, pp.791-804.
- LAFONT B. (1998), « Vers une doctrine », in Briole G., Lebigot, F. *Psychiatrie militaire en situation opérationnelle*, Paris, ADDIM.
- LAGADEC P., SCANLON J. (1995), « Responsables et médias lors des grandes situations de crise : des mutations à étudier », *Administration*, n°168, pp.197-208.

- LAGADEC P., RUDEZKI F. (1996), « Les victimes d'attentat et les médias », *Administration*, n° 171, pp.197-206.
- LAGADEC P., RUDEZKI F. (1997), « Arrêt sur image », *Stratégies*, n° 1000, p.90.
- LALANDE A. (2002), *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, PUF, collection « Quadrige ».
- LASSAGNE M., CLERVOY P. *et al.* (1992), « Le costume du père », *Synapse*, n° 87, pp. 47-51.
- LASSAGNE M., PROUVOST C. *et al.* (1995), « La question de la culpabilité dans le traitement de la névrose traumatique », in Comptes-rendus du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, tome 4, Paris, Masson, pp. 18-24.
- LASSAGNE M., DUBELLE P. (1998), « Actions de "débriefing" », in Briole G., Lebigot F., Lafont B. (ed.), *Psychiatrie militaire en situation opérationnelle*, Paris, ADDIM.
- LASSAGNE M., DE MONTLEAU F., PAYEN A., THOMAS P., REGES J., MORGAND D. (1998), « Interventions médicopsychologiques en situation d'urgence dans le cadre d'une mission opérationnelle », *Ann. Médico-Psychol.*, vol. 156, n° 1, pp. 37-40.
- LASSAGNE M. (2001), « Le syndrome de Stockholm, une influence sur le débriefing », *Revue francophone du Stress et du Trauma*, vol.1, n°2, pp. 83-90.
- LAVERDANT C., DURIEZ R., TOURETTE G. (1965), « Les ulcères gastro-duodénaux de guerre : Etude étiologique à propos de 340 observations recueillies en milieu militaire pendant les opérations d'Afrique du Nord », *Bulletin de la Société de Médecine Militaire Française*, 59 (6), pp. 309-315.
- LEBIGOT F. (1997a), « Traumatisme psychique et originaire freudien », *Le Journal des psychologues*, n° 144, pp. 24-26.
- LEBIGOT F. (1997c), « La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle », *Ann. Médic-Psychol.*, vol. 155, n° 8, pp. 522-526.
- LEBIGOT F. (1998a), « Le débriefing individuel du traumatisé psychique », *Ann. Médic-Psychol.*, vol. 156, pp.417-421.
- LEBIGOT F. (1998b), « Nouvelles missions, nouveaux facteurs pathogènes », in BRIOLE G., LEBIGOT F., LAFONT B., *Psychiatrie militaire en situation opérationnelle*, Paris, ADDIM, pp. 37-47.
- LEBIGOT F. (1999), « Le cauchemar et le rêve dans la psychothérapie des névroses traumatiques », *Nervure*, tome 12, n°6, pp. 16-19
- LEBIGOT F. (2000), « La clinique de la névrose traumatique dans son rapport à l'événement », *Revue francophone du Stress et du Trauma*, tome 1, n° 1, pp. 21-25.
- LEBIGOT F. (2001), « Prises en charges psychothérapeutiques psychodynamiques », in De Clercq M., Lebigot F., *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson, pp.245-252.
- LEBIGOT F. *et al.* (1995), « La folie et la guerre de 1914-1918 », *Médecine et armées*, tome 3, n° 23, pp. 203-206.
- LEBIGOT F., DAMIANI C., MATHIEU B. (2001), « Le Débriefing psychologique des victimes », in De Clercq M., Lebigot F., *Le Traumatisme psychique*, Paris, Masson, pp.163-187.
- LEBIGOT F., GAUTIER E., MORGAND D., REGES J.-L., LASSAGNE

- M. (1997b), « Le débriefing psychologique collectif », *Ann. Médic-Psychol.*, vol. 155, n°6, pp. 370-378.
- LEBIGOT F., LAFONT B., RIOU F., MARBLE J. (1985), « Les Anciens Combattants et le psychiatre militaire. Le passé sous silence », *Information Psychiatrique*, tome 8, n° 61, pp. 1043-1050.
- LEBIGOT F., LASSAGNE M., MORAUD C., PHAN O. (1994), « Névroses de guerre chez les casques bleus en ex-Yougoslavie », *Synapse*, n° 110, pp. 23-27.
- LEBIGOT F., VALLET D., PROUVOST C., BUFERNE R. (1991), « La demande de soins dans les névroses traumatiques de guerre », *Ann. Médic-Psychol.*, vol. 149, n°2, pp. 131-149.
- LEFRANC T. (1998), « Névrose traumatique et dépression », *Thèse en médecine*, Besançon, Université de Franche-Comté.
- LEMPERIERE T., FÉLINE A. (1983), *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, coll. « Abrégés », Paris, Masson.
- LOUGHREY G.C., CURRAN P.S., BELL P. (1992), « Post traumatic stress disorder and civil violence in Northern Ireland », in Wilson J.P. and Raphael B., (*EDS*) *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, N-Y, Plenum Press, pp. 377-383.
- LOUVILLE P. (2001), « Mise en place du réseau de l'urgence médicopsychologique en France », in De Clercq M., Lebigot F., *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson, pp. 201-216.
- MARCUS-JEISLER S. (1947), « Réponse à l'enquête sur les effets psychologiques de la guerre sur les enfants et les jeunes adultes en France », *Sauvegarde*, n°8, pp.3-23.
- MARMAR C. (1997), « Trauma and dissociation », *PTSD Research Quarterly*, 8, 3, 1-3.
- MARMAR C. *et al.* (1998), « Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder », in Bremner J.-D., Makmak C.-R., *Trauma, memory and dissociation*, Washington DC, American Psychiatric Press, pp. 229-252.
- MILLIAN G. (1915), « L'hypnose des batailles », *Médical*, n°11, pp. 265-270.
- MITCHELL J.T., (1998), « When disaster strikes : the Critical Incident Stress Debriefing process. », *Am. J. Emerg. Serv.*, vol. 8, pp. 36-39.
- MORAUD C., LASSAGNE M. ET LEBIGOT F. (1994), « Etat délirant chez un casque bleu en Bosnie occidentale », *L'information psychiatrique*, 3 (70), pp. 239-243.
- MORIZOT S., FRANCOIS I. *et al.* (1999), « Des pédophiles aux "pédoprotecteurs" : quelle place pour l'enfant ? », *Ann. Médic-Psychol.*, vol. 157, n°10, pp.726-730.
- MURPHY H.B.M. (1980), « L'apparition de sentiments de culpabilité en tant que symptôme dépressif courant », *Psychopathologie africaine*, vol.16, pp.143-169.
- O'NAN S. (1999), *Le Nom des morts*, Paris, éditions de l'Olivier.
- OPPENHEIM H. (1888), « Die traumatischen Neurosen », Berlin, V. von August Hirschwald (ed.).
- ORTIGUES M.C. et E. (1973), *Œdipe africain*, L'Harmattan.
- PASSAMAR M. (2003), « Le débriefing psychologique est-il déjà une thérapie ? Obstacles et indications », *Revue francophone du Stress et du Trauma*, vol.3, n°2, pp. 125-128.

- PASSAMAR M., VILAMOT B., TELLIER O. (2001), « Inondations du Tarn-Sud. Mise en place de la CUMP dans le cadre du plan ORSEC », *Revue francophone du Stress et du Trauma*, vol.1, n°3, pp. 149-154.
- PASSAMAR M., VILAMOT B. (2005), « Intervention prolongée auprès des populations victimes du tsunami à Sumatra », Communication faite aux Journées du CH de Colmar, du 11 au 15 mai 2005, à paraître dans la *Revue francophone du Stress et du Trauma*.
- PERREUX, DUCASSE, MEYER (1959), *Vie et Mort des Français*, Hachette.
- PETIT C., DELVAUX A. (1993), *Guide social des anciens combattants et victimes de guerre*, Paris, Lavauzelle, 5^e édition.
- POLLOCK D.-A., RHODES P., COLLEEN A.-B. (1990), « Estimating the number of suicides among Vietnam veterans », *Am. J. Psychiatry*, 147, n°6, pp. 772-776.
- PRIETO N. (2000), « L'expérience de la catastrophe du tunnel du Mont-Blanc », *Revue francophone du Stress et du Trauma*, vol.1, n°1, pp.45-48.
- PRIETO N., LEBIGOT F. (2003) « Les soins psychiques précoces en cas de catastrophe », *Revue francophone du Stress et du Trauma*, vol.3, n°1, pp.29-33.
- RAPHAËL B., MELDRUM L., MAC FARLANE A.-C. (1995), « Does debriefing after psychological trauma work ? », *British Medical Journal*, tome130, pp.1479-1480.
- RAINGEARD D. (1995), « Opération *Turquoise*. Témoignage d'un psychiatre », *Médecine et Armées*, vol. 23, n°4, pp. 347-350.
- RAINGEARD D., LEBIGOT F. (1996), « Action psychologique et psychiatrique en faveur des soldats de l'Opération *Turquoise* », *Ann. Médico-Psychol.*, vol.154, n°2, pp.103-113.
- RAPHEL B., MELDRUM L., MC FARLANE A.-C., (1995), « Oves debriefing after psychological trauma work ? », *British Medical Journal*, vol. 130, pp.1479-1480.
- RUDETZKI F. (1992), « L'aide aux victimes », *Le Monde*, 16 avril.
- RUDETZKI F. (1995), « Témoignage », *Association APEDN-IHEDN-INFOs, Région lyonnaise*, n°4, pp. 27-29.
- SHALEV Y., FREEDMAN S. *et al.* (1998), « Prospective Study of Post-traumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma », *Am. J. Psychiatry*, vol. 155, n°5, pp. 630-637.
- SIRONI F. (1999), *Bourreaux et Victimes, Psychologie de la torture*, Odile Jacob.
- TARGOWLA R. (1950), « Le syndrome d'hypermnésie émotionnelle paroxysmique », *La Presse Médicale*, 58, n°40, pp. 728-730.
- VAIVA G., DUCROCQ F., DEBIEN C. (2005), « Pistes pharmacologiques pour une intervention précoce », in Vaiva, G., Lebigot, F., Ducrocq, F., Goudemand, M. *et al.*, *Psychotraumatismes, prise en charge et traitements*, Paris, Masson.
- VAIVA G., LEBIGOT F. *et al.* (2001), « Détresse péritraumatique après un accident grave de la circulation. Valeur prédictive pour un PTSD à deux mois », *Revue francophone du Stress et du Trauma*, vol. 1, n°5, pp. 273-280.
- VAIVA G., LEBIGOT F., DUCROCQ F. *et al.* (2005), « Traitement et prise en charge des syndromes psychotraumatiques », Rapport du CNPLF, Masson.
- VAIVA G., LEBIGOT, F., DUCROCQ, F., GOUDEMANT, M. *et al.* (2005), *Psy-*

- chotraumatismes, prise en charge et traitements*, Paris, Masson.
- VERGNES C. (2004), *Traumatisme psychique et troubles psychotiques*, Thèse de doctorat en médecine, Université Victor Segalen 2, Bordeaux, 2004, 74.
- VERMEIREN E. (2001), « *Debriefing psychologique des intervenants* », in De Clercq M., Lebigot F., *Les Traumatismes psychiques*, Paris, Masson, pp. 189-200.
- VILA G., PORCHE L.M., MOUREN-SIMEONI M.-C. (1999), *L'enfant victime d'agression. Etat de stress post-traumatique chez l'enfant et chez l'adolescent*, Paris, Masson.
- VIVANT DENON D. (1802), *Voyage dans la Basse et la Haute Égypte pendant les campagnes du général Bonaparte*, Le Promeneur, 1998.
- VOIVENEL G. (1991), *À Verdun avec la 67^e DR*, Presses universitaires de Nancy.
- WEBER E., PRIETO N., LEBIGOT F. (2003), « L'accueil des familles des passagers lors de la catastrophe du Concorde », *Ann. médico. psy.*, vol. 161, n°6, p. 432.
- WEISAETH L. (1982), « Psychiatric Problems of UNIFIL and the UN-Soldier's Stress Syndrome », *Rev Army Navy and the Air Force Med Services*, n° 55, pp. 109-116.
- WIEVIORKA M., WOLTON D. (1987), « Terrorisme à la une », *NRF*, Paris, Gallimard.
- YEHUDA R., SOUTHNICK S., GILLER L. (1992), « Exposure to atrocities and severity of chronic PTSD in Vietnam Combat veterans », *Am. J. Psychiatry*, vol.149, pp.333-336.
- ZEMPLINI A. (1968), *L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lébou du Sénégal*, Thèse pour le Doctorat de troisième cycle, Paris, Sorbonne.

SIGLES

AFORCUMP : Association pour la formation des cellules d'urgence médico-psychologiques.

ALFEST : Association de langue française pour l'étude du stress et du traumatisme.

APRONUC : Autorité provisoire des Nations unies au Cambodge.

AVP : Accident de la voie publique.

BICEPS : Brièveté, immédiateté, centralité, « expectansy », proximité, simplicité.

CIM : Classification internationale des troubles mentaux.

CISD : *Critical incident stress debriefing*.

CUMP : Cellules d'urgence médico-psychologiques.

DSM : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (American psychiatric association)*.

EMDR : *Eye movement desensitization and reprocessing*.

ERC : Équipe de réponse dans la communauté.

ESPT : État de stress post-traumatique.

FINUL : Force d'interposition des Nations unies au Liban.

FORPRONU : Force de protections des Nations unies (en ex-Yougoslavie).

GEPS : Groupe d'étude et de prévention sur le suicide.

HDT : Hospitalisation sur demande d'un tiers.

MDD : *Major depressive disorder*.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

PMA : Poste médical avancé.

PTSD : *Post traumatic stress disorder*.

PUMP : Poste d'urgence médico-psychologique.

TCC : Thérapies cognitivo-comportementales.

INDEX

A

abandon 22, 23, 25, 78, 81, 83, 88, 101, 126, 150, 160, 202, 213, 218
agitation 44, 125
agressivité 68, 83–89, 173, 204, 208
alcoolisme 69, 76, 175, 188, 190
alter ego 213
anéantissement 12, 192, 209, 212
angoisse 10, 12, 17, 24, 27, 38, 39, 44, 45, 56, 60, 67, 126, 181
antidépresseur 68, 78, 201
anxiété 44, 67, 137, 201

C

casque bleu 46
catharsis 115–120, 130
cellule d'urgence médicopsychologique 122, 129, 132, 133, 170
corps étranger interne 11, 12, 19, 62
culpabilité 24, 25, 30, 63, 78, 81–83, 108, 110, 117, 118, 161, 182, 186, 193, 213, 214

D

débriefing 24, 34, 41, 109, 114, 135–166, 171
collectif 135, 152

de Mitchell 139

de Sokol 137

différé 177

individuel 151, 165

déni 28, 38–40, 45, 55, 57, 103, 140, 158, 170, 183

dépersonnalisation 37, 45, 67, 193, 208

dépression 25, 68, 118, 219

post-traumatique 77–81, 214

déréalisation 32, 37, 39, 45, 67

deuil 12, 17, 75, 79, 81, 102, 132, 133, 195

dissociation 32, 45

péri-traumatique 13, 37, 45

E

effraction 12, 16, 18, 28, 60, 71, 92, 149, 174, 219

effroi 16, 20, 22, 27–41, 46, 55, 62, 63, 85, 89, 100, 101, 126, 128, 148, 149, 158, 182, 191, 193, 209, 213

déni de l'— 31–35

exclusion 76, 120, 212

F

fascination 22, 25, 63, 93, 105, 132,
150, 186, 195, 213
faute (sentiment de) 24, 74, 107, 161,
180, 182, 190, 213, 219

H

honte 22, 25, 81, 83, 117, 138, 161,
175, 178, 180, 184, 193, 213
horreur 19, 25, 46, 104, 132, 155

I

illusion d'immortalité 81, 83, 95, 118
inconscient 14, 62, 140

L

langage 9, 17, 22, 24, 26, 62, 81, 89,
100, 117, 181, 192, 213

N

narcissisme 22, 79, 83, 93, 187
néant 14, 16, 21, 22, 24, 27, 34, 37, 40,
41, 69, 89, 118, 126, 128,
129, 150, 182, 204, 213
néantisation 18, 24, 33, 62, 63, 81, 148,
181, 205, 212
névrose traumatique 23–25, 29, 33, 34,
38–40, 44, 47, 55, 56, 59–89,
105, 127, 170, 174, 176–178,
180, 183, 193, 205, 214

O

objet perdu 181, 182, 186
otage 93, 102, 106, 113, 137, 152, 163

P

pare-excitations 10, 11, 20, 38, 95, 172

parole 17, 18, 35, 41, 89, 96, 100, 101,
115, 119, 123, 126, 128, 129,
135, 136, 139, 145, 146, 149,
150, 152, 155, 156, 158–160,
163–165, 171, 181–183
passage à l'acte 56, 69, 70, 80, 83–89,
186, 191, 201
perception 16, 62, 67, 146, 148, 205
perte de connaissance 28, 30, 33,
35–38, 40
phobie 67, 118, 202
psychose 24, 47
délirante aiguë 46, 47
psychothérapie 61, 63, 115–120, 150
brève 170
de soutien 176
intensive 169, 175
psychodynamique 67, 167–184
PTSD 10, 13, 17, 45, 47, 60, 68, 69,
77–79, 82

R

réel de la mort 14, 17, 21, 37, 41, 47,
67, 100, 103, 117, 148, 186
refoulement originaire 3, 20, 39, 62, 81

S

sauveteur 16, 19, 102, 105, 131,
139–141
sensation 16, 17, 62, 159, 196
sidération 27, 123
signifiant 95, 129, 150, 210, 213
situation traumatogène 16, 18, 40, 154
soins post-immédiats 135–166
soudaineté 93
souillure 23, 70, 117
suicide 25, 31, 32, 47, 56, 69, 80,
82–84, 88, 105, 175, 188,
194, 198–201, 203, 206, 210,
213, 217
suivi 48, 55, 145, 160, 163, 193, 194

T

- transfert 61, 68, 89, 129, 150, 160, 171,
178, 182, 193
- trauma
- infantile 198, 205, 208
 - par procuration 17
 - transgénérationnel 17
- traumatisme psychique 9–26
- trou noir 31, 32, 150, 215
- trouble du caractère 32, 36, 56, 68, 80,
86
- trouble thymique 47

V

- vésicule vivante 10, 11, 19, 20
- viol 82, 110, 148
- violence 70, 84, 94, 205, 213, 218

François Lebigot

TRAITER LES TRAUMATISMES PSYCHIQUES

Clinique et prise en charge

Le concept de *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)* ne rend compte ni de ce qu'est un trauma – assimilé à un stress plus important que les autres par le vécu qu'il génère – ni des conséquences à long terme du traumatisme. Il en résulte que le maigre savoir qui découle de cette conception n'est d'aucune utilité pour le traitement qui vise la guérison du sujet traumatisé.

En s'appuyant sur la conception freudienne du traumatisme, et sur la richesse clinique des descriptions de ses successeurs, ce livre montre comment une conception rigoureuse des bouleversements que l'effraction détermine dans l'appareil psychique, conduit à des attitudes thérapeutiques adaptées.

L'auteur détaille d'abord la clinique des conséquences de l'effraction traumatique, éclairée par la description psychopathologique de ses effets dans la psyché. Puis il aborde les soins aux différents temps de la prise en charge. Les psychothérapies psychodynamiques sont ensuite exposées. Ce sont elles qui bénéficient le plus de la conception psychanalytique du trauma, sans être pour autant des psychanalyses, ni être réservées à des psychanalystes. Quatre comptes rendus de psychothérapies complètent l'ensemble.

Ce livre ne se contente pas de fournir une clinique globale de la névrose traumatique ; il propose aux thérapeutes des outils qui leur permettront d'affiner leur pratique.

Clair, complet, enrichi de nombreuses vignettes cliniques, cet ouvrage s'adresse aux professionnels (psychiatres, psychologues cliniciens, infirmiers en psychiatrie) confrontés à des patients ayant subi un traumatisme psychique.

*Préface de
Liliane Daligand*

FRANÇOIS LEBIGOT
est psychiatre des
armées, professeur
agrégé du Val-de-Grâce,
actuellement psychiatre
consultant à l'Institution
nationale des Invalides.



6446934

ISBN 978-2-10-007067-1

www.dunod.com

