

Ce livre traite du trauma sur la base d'une conception non banalisante, telle qu'elle ressort d'une clinique et d'une psychopathologie rigoureuses et émerge d'un intérêt porté au sujet traumatisé plus qu'à ses symptômes.

Le traumatisme psychique résulte de l'invasion de l'espace mental du sujet par le réel de la mort, le néant comme expérience. La victime sort de cette rencontre avec des éprouvés extrêmes qui feront le socle des symptômes de la névrose traumatique: cauchemars, angoisse de néantisation, dépression, troubles des conduites, maladies psychosomatiques. Le point central de ces éprouvés est un sentiment soudain, violent, durable, douloureux de déshumanisation. La thérapeutique consiste à permettre au sujet de retrouver dans sa parole ce qui le lie à la communauté des hommes. Soit, la loi morale universelle qui, pour chacun, ouvre la voie au désir.

LE TRAUMATISME PSYCHIQUE

François Lebigot

LECTURES

Temps d'Arrêt:

Une collection de textes courts dans le domaine du développement de l'enfant et de l'adolescent au sein de sa famille et dans la société. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes.

yapaka.be

Coordination de l'aide aux victimes de maltraitance
Secrétariat général
Ministère de la Communauté française
Bd Léopold II, 44 – 1080 Bruxelles
yapaka@yapaka.be



TEMPS D'ARRÊT

Le traumatisme psychique

François Lebigot

Temps d'Arrêt:

Une collection de textes courts dans le domaine de la petite enfance. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes...

François Lebigot est psychiatre-psychothérapeute, ancien médecin-chef du Service de Psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées Percy, ancien consultant national de Psychiatrie et d'Hygiène Mentale pour les Armées françaises. Il est l'auteur de nombreux ouvrages dont *Traiter les traumatismes psychiques* (Dunod).

Nous remercions Souad Hariki, psychologue clinicienne à Paris, qui a participé activement à la construction de cet article et à la lisibilité des illustrations.

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction générale de l'aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE), la collection Temps d'Arrêt est éditée par la Coordination de l'Aide aux Victimes de Maltraitance. Chaque livret est édité à 10.000 exemplaires et diffusé gratuitement auprès des institutions de la Communauté française actives dans le domaine de l'enfance et de la jeunesse. Les textes sont également disponibles sur le site Internet www.yapaka.be.

Comité de pilotage:

Jacqueline Bourdouxhe, Nathalie Ferrard, Gérard Hansen, Françoise Hoornaert, Perrine Humblet, Roger Lonfils, Cindy Russo, Reine Vander Linden, Jean-Pierre Wattier, Dominique Werbrouck.

Coordination:

Vincent Magos assisté de Diane Huppert, Philippe Jadin et Claire-Anne Sevrin.

Avec le soutien de la Ministre de la Santé, de l'Enfance et de l'Aide à la jeunesse de la Communauté française.

Éditeur responsable: Henry Ingberg – Ministère de la Communauté française – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles. **Novembre 2006**

Sommaire

Chapitre I - Le traumatisme psychique

Historique	5
Clinique du traumatisme psychique	7
Confrontation avec le Réel de la mort	7
- Soi	7
- L'autre	7
- La mort horrible	8
L'effroi	8
La soudaineté	9
La perception	9
Stress et Trauma	10
L'appareil psychique	10
Le stress	11
Le trauma	11
Le stress traumatique	12
Psychopathologie du trauma et ses incidences dans la clinique	14
La traversée du réseau des représentations ...	16
Le «corps étranger interne»	20
Le refoulement originaire	20

CHAPITRE II - Conséquences dans la clinique du traumatisme psychique

Les effets immédiats et précoces	23
Les troubles post-immédiats et à long terme	24
La névrose traumatique	25
Le syndrome de répétition	26
Les autres symptômes ou syndromes	27
Évolutions de la névrose traumatique	31

CHAPITRE III - L'étiopathogénie	33
CHAPITRE IV - La thérapeutique	35
Les soins immédiats	35
Les soins post-immédiats	37
Débriefing collectif et l'après débriefing	38
Débriefing individuel	40
Entretiens individuels et groupes de parole	41
Les psychothérapies à court, moyen et long terme	41
Conclusion	61

Le traumatisme psychique

Bref historique

Les blessures physiques jusqu'à une époque récente n'étaient pas qualifiées de traumatiques. En grec ancien, trauma signifie blessure. Quelques années après l'apparition de ce terme en médecine et en chirurgie, il est importé dans le domaine de la pathologie mentale pour qualifier des «blessures psychiques». En 1888, Oppenheim⁽¹⁾ décrit une «Névrose Traumatique». Celle-ci comprenait un certain nombre de symptômes névrotiques, dont des cauchemars, qui n'apparaissaient qu'après l'accident, un accident de chemin de fer généralement.

Quelques années plus tard, Kraepelin⁽²⁾ décrit une «névrose d'effroi», qui ressemble beaucoup à notre névrose traumatique. Kraepelin mettait en avant l'état psychique de l'individu au moment de l'événement et insistait sur le fait qu'il n'était pas nécessaire d'avoir été dans l'accident, mais qu'il pouvait suffire d'en avoir été le spectateur. Dans ses «leçons du mardi», Charcot⁽³⁾ présente beaucoup d'observations d'hystéries traumatiques, comme il les appelle. Il affirme que l'hystérie masculine est toujours d'origine traumatique. Mais dans la première moitié du XX^e siècle ce sont les psychanalystes qui vont faire avancer la clinique et la compréhension des névroses traumatiques: Abraham⁽⁴⁾ et Ferenczi⁽⁵⁾ pendant la 1^{ère} Guerre Mondiale, Freud⁽⁶⁾ entre les deux guerres. Les deux premiers auteurs cités mettent en lumière l'atteinte narcissique réalisée par le traumatisme, Ferenczi⁽⁵⁾ parlant plus précisément de la «fin de l'illusion d'immortalité». Freud⁽⁶⁾ utilise une métaphore économique pour figurer ce qu'il appelle l'«effraction traumatique». Nous ne

nous étendrons pas ici sur la théorie freudienne du trauma, puisque c'est à partir d'elle que nous proposerons nos propres constructions. Notons seulement que c'est à partir de la névrose traumatique qu'il a remanié sa théorie des pulsions, proposant la dualité: pulsion de vie/pulsion de mort. Immérgé dans la culture américaine, Ferenczi⁽⁵⁾ refuse la notion de pulsion de mort, mais pose une description très argumentée et très détaillée des désordres que le traumatisme provoque dans l'appareil psychique.

Dans les décennies de l'après-guerre, les psychiatres qui ont continué à s'intéresser à la névrose traumatique ont tiré des travaux des psychanalystes et de leurs prédécesseurs une description clinique de l'affection bien articulée et complète. Ça a été le cas des psychiatres militaires français: citons le livre de Juillet et Moutin⁽⁷⁾, l'article princeps de Crocq⁽⁸⁾ et un peu plus tard le livre de Barrois⁽⁹⁾. La description que nous proposerons sera très proche des travaux de ces auteurs.

Dix ans après la guerre du Viêt nam, les Américains vont reprendre la question à leur manière en créant une entité appelée «Post-Traumatic Stress Disorder». La notion de stress est venue chez eux remplacer celle de névrose. Le traumatisme est devenu un stress ayant certaines particularités et la clinique de l'affection est singulièrement appauvrie. La diffusion de ce modèle américain est telle qu'il est aujourd'hui difficile d'y résister. Ce petit livre se propose de présenter les conceptions qui ont fait leurs preuves sur le trauma et la névrose traumatique et de montrer en quoi elles diffèrent du stress et du «Post-Traumatic Stress Disorder». Car il y a un enjeu diagnostique et thérapeutique important entre les deux conceptions présentes en Europe.

Clinique du traumatisme psychique

Nous écarterons d'abord une source de possible confusion. Il ne s'agit pas ici du «trauma sexuel infantile» de Freud, par lequel il expliquait dans les débuts de l'invention de la psychanalyse les symptômes de la névrose. Il s'agit du trauma de la mort, de l'anéantissement, qui peut d'ailleurs être le résultat d'une agression sexuelle. Voyons donc d'abord les caractéristiques de ce trauma.

Confrontation avec le Réel de la mort

Le traumatisme psychique résulte d'une *rencontre avec le «réel» de la mort*. Cela veut dire que le sujet s'est vu mort ou il a perçu ce qu'est vraiment la mort comme anéantissement, et non sous cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes à la mort. Freud faisait remarquer que nous savons tous que nous allons mourir, mais que nous n'y croyons pas. Il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient, et d'ailleurs comment représenter le néant. Nous pouvons répertorier trois types de situations qui peuvent être à l'origine d'un traumatisme:

Dans la première, *le sujet est lui-même* concerné de près par la mort: agression, accident de la voie publique, accident du travail, attentat, etc. Dans ces situations, il y a un bref instant où il s'est vu mort: il voit dans les yeux de l'agresseur qu'il va tirer, la voiture arrive sur lui à vive allure, il bascule dans le vide, la bombe explose à un mètre de lui.

Dans le deuxième type de situation, *la mort de l'autre*, de l'alter ego, survient brusquement sous les yeux du sujet. Un exemple: deux casques bleus sont de garde devant le Q.G. français à Sarajevo. Ils discutent tranquillement, la période est calme. Tout d'un coup l'un voit une tache rouge apparaître sur le front de l'autre, qui

s'écroule au même moment, mort. Le survivant vivra la scène dans ses cauchemars.

La troisième situation est appelée «*la mort horrible*». Les cadavres sont nombreux, et en mauvais état, mutilés, en cours de putréfaction. C'est le genre de spectacle qui s'offre aux sauveteurs qui arrivent sur un grand carambolage autoroutier ou à des soldats qui découvrent un charnier.

Le deuxième aspect du traumatisme psychique est l'effet qu'il a immédiatement sur le sujet: l'effroi

Freud tenait à ce que l'on distingue l'effroi de la peur et de l'angoisse. Pour lui, l'angoisse protégeait du traumatisme parce qu'elle renforçait la défense de l'appareil psychique, tandis que l'effroi était la manifestation intime de l'effraction traumatique. Nous reviendrons plus en détail sur cette question. L'effroi a deux versants: L'un concerne le niveau des représentations: toute idée, toute pensée, tout mot disparaissent de la conscience des sujets qui se vivent comme déshabités par le langage, comme s'ils avaient eu un bref moment la tête vide; ils décrivent un sentiment de panne, de black out, de blanc, d'arrêt sur image (l'image étant dans ce cas une image externe, dans quelques cas hallucinatoires, nous en donnerons des exemples). D'un autre côté, l'effroi se manifeste au niveau des affects. Là aussi, il y a un «blanc» de l'affect, justement ni peur ni angoisse: «*je n'ai même pas eu le temps d'avoir peur*», dira à ses camarades ce soldat qui s'est retrouvé tout à coup avec le canon d'un fusil pointé sous son nez (le fusil s'est enrayé).

Ce moment de l'effroi est facile à repérer dans le discours du sujet, précocement en dehors de toute manifestation psychopathologique. Il signe qu'il y a eu effraction traumatique. Ce qu'il faut savoir néanmoins, c'est qu'il peut être «oublié» avec la partie de l'événement qui a fait traumatisme, par le mécanisme du déni.

La soudaineté

L'élément de surprise auquel Freud était très attaché, on le rencontre dans tous les cas, même lorsque la situation rend probable un événement tel que celui qu'a rencontré la victime. Le soldat de tout à l'heure, dans la mêlée de la bataille, aurait pu ne pas être surpris de ce qui lui arrivait (à l'inverse de son camarade à Sarajevo). Aussi la surprise est-elle moins objective que subjective.

Un quatrième point mérite d'être souligné dans ce chapitre clinique: le trauma résulte toujours d'une perception ou d'une sensation.

Il est l'incrustation de quelque chose qu'on a vu, le plus souvent entendu: comme une explosion, senti: comme des odeurs de cadavre ou de fumée, goûté: goût de cyanure, ressenti: corps serré dans un étau ou secousses d'un tremblement de terre. Le trauma, c'est toujours du réel. Si douloureuse que soit pour le sujet une nouvelle apprise par le récit d'un tiers, si horrible que soit le spectacle vu au cinéma ou à la télévision, il n'y aura pas trauma, malgré l'ampleur éventuelle du choc émotionnel. On voit ici se profiler le seul diagnostic différentiel de la névrose traumatique. Dans l'opinion, deux situations se prêtent particulièrement à une confusion entre ce qui est un trauma et ce qui n'en est pas.

La première est le «traumatisme» par procuration: Deux personnes ont un lien très étroit, l'une des deux est victime d'un accident. Elle fera des cauchemars de répétition dans lesquels elle vivra l'accident. L'autre fera aussi des cauchemars, des cauchemars d'accident, qui n'ont pas les caractéristiques des cauchemars traumatiques (voir plus loin), qui sont des créations de ses fantasmes.

De même, il est faux de penser que le traumatisme puisse se transmettre d'une génération à l'autre. Les cauchemars de camp de concentration des

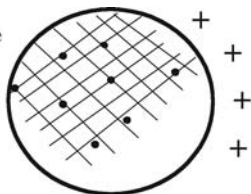
enfants et petits-enfants de déportés sont eux aussi des constructions fantasmatiques et n'entrent pas dans le cadre des névroses traumatiques.

La nature de la prise en charge thérapeutique sera différente, il sera question dans ces deux cas d'analyser ce qui relie le sujet à la personne traumatisée, et non de s'occuper du retentissement d'un événement réel dans le psychisme.

Stress et trauma

Voyons maintenant comment nous pouvons nous représenter un traumatisme psychique. Nous utiliserons la métaphore économique de l'appareil psychique que nous propose Freud. En même temps, nous figurerons ce qui différencie le stress du trauma. Freud a représenté l'appareil comme un volume sphérique enveloppé dans une membrane hermétique qu'il appelait le «pare-excitation».

L'appareil psychique

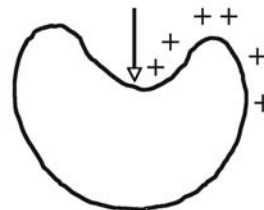


Dans la sphère, le réseau des représentations sur lequel circulent des petites quantités d'énergie, représente le fonctionnement de l'appareil psychique. Le pare-excitation a pour fonction de filtrer les énergies venant de l'extérieur, et d'arrêter celles qui, dépassant une certaine puissance, perturberaient à l'intérieur de la sphère la circulation des petites quantités d'énergie. Pour assurer ce rôle, la membrane du pare-excitation est chargée d'énergie positive.

Représentons la vésicule vivante comme un bal-

lon, de football par exemple. Le stress comme le trauma agit comme une menace, menace à l'intégrité physique et/ou psychique (viol), menace vitale généralement. Dans le cas du **stress** (*to stress*: presser) l'enveloppe du pare-excitation plie, s'invasine, mais ne rompt pas, comme lorsque l'on enfonce son poing dans un ballon de football.

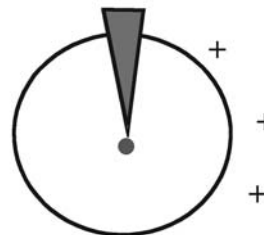
Le stress



Mais revenons à la métaphore freudienne. À l'intérieur de la vésicule vivante, la pression augmente et crée une souffrance psychique. Celle-ci s'exprime par de l'angoisse, c'est-à-dire par un renforcement de l'énergie positive à la surface du pare-excitation qui augmente sa résistance. Une chose se voit dans cette figuration du stress, c'est que, quand la menace disparaît, la vésicule vivante, comme le ballon, reprend sa forme initiale. Il pourra rester un souvenir douloureux de l'événement, mais ce souvenir pris dans le réseau des représentations est destiné à évoluer, perdre sa charge anxieuse, voire subir un refoulement.

Il n'en va pas de même avec le **traumatisme**. Dans ce cas ce qui va devenir l'image traumatique, va traverser le pare-excitation, généralement quand l'appareil psychique est au repos,

Le trauma



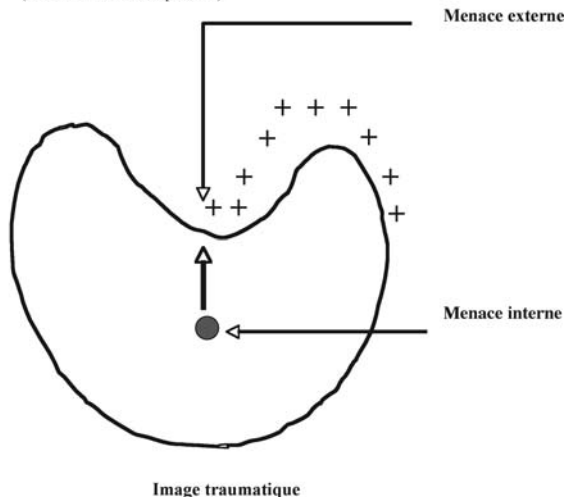
c'est-à-dire que la charge protectrice en énergie positive est faible.

Il y a selon l'expression consacrée depuis Freud «effraction du pare-excitation», incrustation d'«un corps étranger interne» à l'intérieur de l'appareil psychique. Ce corps étranger qui est d'une tout autre nature que les représentations, très chargé en énergie, va perturber le fonctionnement de l'appareil. Il a une autre caractéristique, c'est qu'il peut demeurer là éventuellement toute la vie du sujet, réapparaissant à la conscience sous la forme d'un phénomène de mémoire, ce qui est l'opposé d'un souvenir (conscient ou refoulé). Il donnera lieu au syndrome de répétition dont nous parlerons dans la clinique de la névrose traumatique.

Alors, pourquoi parlons nous couramment aujourd'hui de «stress traumatique?» Dans une majorité d'événements traumatogènes, il y a à la fois du trauma et du stress.

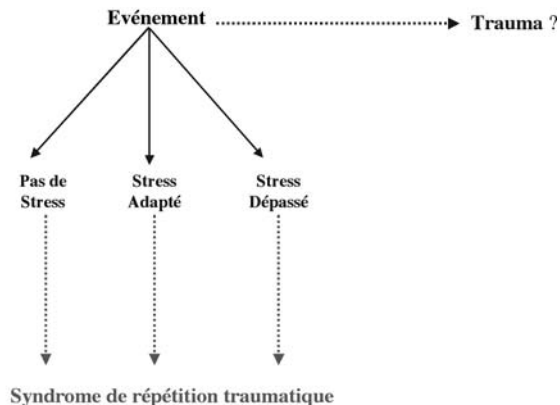
Stress Post-Traumatique

(Troubles immédiats et précoces)



Prenons l'exemple d'un attentat dans le métro. Il y a l'explosion de la bombe, qui fait effraction. Puis le spectacle des morts et des blessés, le sujet lui-même peut être blessé, la fumée qui envahit le wagon, les cris des passagers, les secours qui n'arrivent pas... Soit tout ce qu'il faut pour créer de la peur et de l'angoisse, c'est-à-dire du stress. C'est la raison pour laquelle les rescapés de telles situations nous apparaissent d'abord comme des gens «stressés», puisque comme nous le verrons, le syndrome de répétition traumatique n'apparaît que plus tard.

Stress et trauma



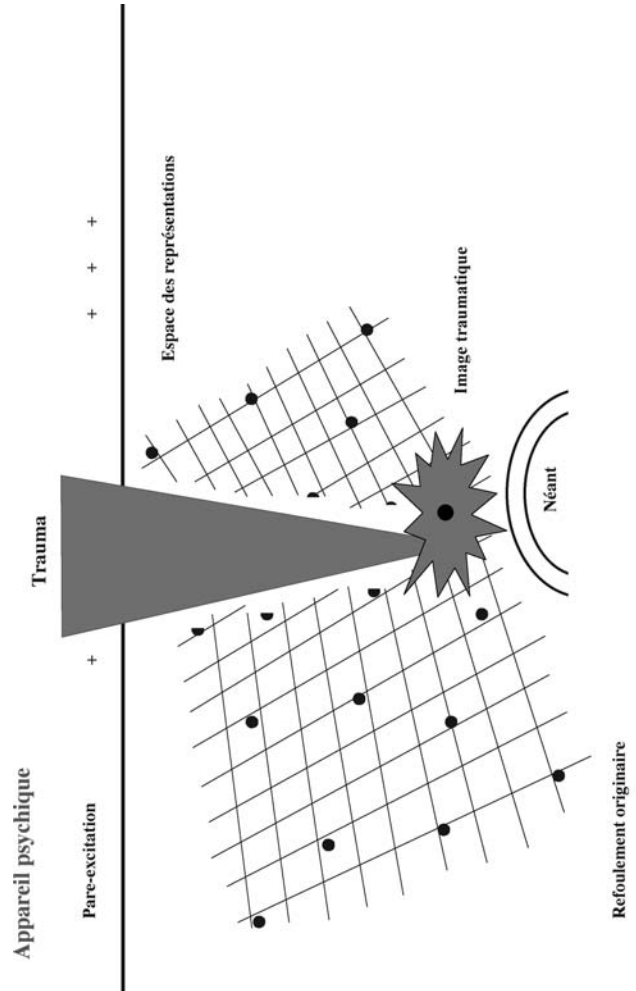
Mais certains patients nous montrent qu'il y a des raisons de distinguer le trauma du stress. Ce jeune soldat est à Kigali (Rwanda) en 1994 avec un groupe de 300 parachutistes français venus là pour «extraire» les membres du corps diplomatique des pays européens. Dans une ruelle de la ville où il marche avec un camarade, ils passent devant le cadavre d'un homme qui a le crâne fendu et d'où sort du sang et de la cervelle. Il dit alors à son camarade: «C'est curieux que tout ceci ne nous fasse rien». Il termine son temps d'engagement.

Au moment de sa libération, quatre ans plus tard, il commence à présenter des troubles anxieux. Puis apparaissent des attaques de panique pluri-quotidiennes qui le lancent dans une course aux médecins et il «mange» des anxiolytiques par poignées. Une psychologue lui conseille d'aller voir un psychiatre militaire parce qu'elle a le sentiment que tout ça a à voir avec ses années dans l'armée. Il est hospitalisé. Au bout de quelques jours, il arrive un matin dans le bureau du médecin qui s'occupe de lui. Il est d'une pâleur effrayante. «*Cette nuit, ça a explosé dans ma tête, j'avais devant mes yeux le visage de ce cadavre à la tête fendue, mais le pire, c'est qu'il avait l'expression de quelqu'un qui vient de voir le diable en personne*». Il faudra trois ans de psychothérapie pour guérir ce garçon de sa névrose traumatique. (Nous avons vu une séquence assez comparable chez une jeune fille qui avait vu s'écraser à ses pieds, sur le trottoir, le corps d'un homme qui s'était défenestré). Comme on le voit dans ce cas et dans bien d'autres, le trauma n'a rien à voir avec le stress.

Psychopathologie du trauma et ses incidences dans la clinique

Nous continuerons à utiliser la métaphore freudienne en la complexifiant. Réalisons maintenant une figure faite de lignes horizontales, étagées en strates. (*schéma ci-contre*)

En haut du schéma, il y aura le monde extérieur, puis la barre du pare-excitation qui délimite le dehors du dedans. Sous le pare-excitation, il y aura le réseau des représentations, c'est-à-dire un grand espace qui forme l'essentiel de l'appareil psychique. En bas du schéma, il y aura une ligne épaisse représentant ce que Freud appelait le refoulement originaire.

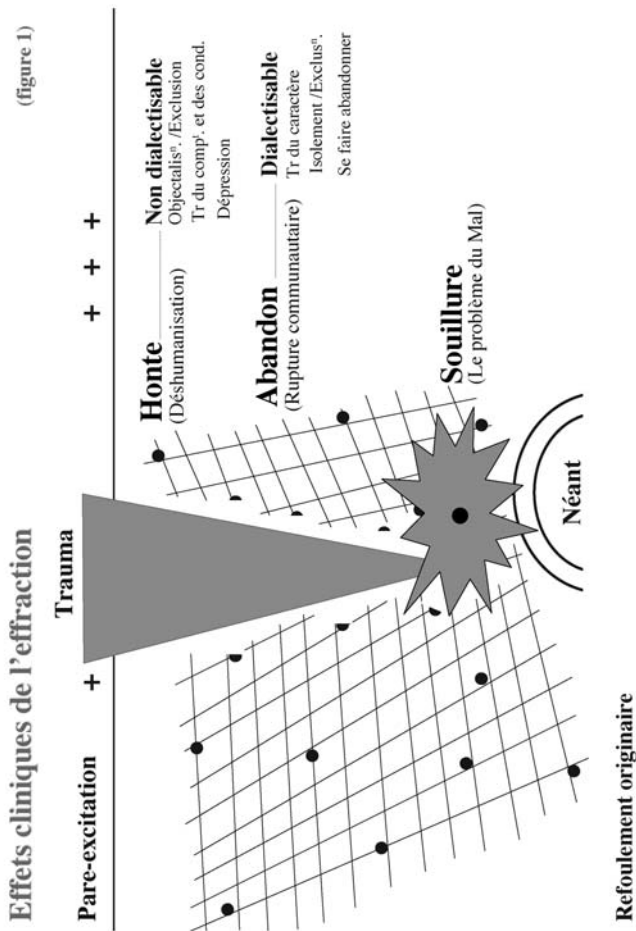


Cette barre sépare l'espace des représentations et celui tout en bas des éprouvés originaires: c'est-à-dire les premiers éprouvés du fœtus et du nourrisson avant que le langage ne lui permette de les nommer. Le refoulement originare ou primaire rendra pour le sujet le monde de l'originare inaccessible et interdit. Nous ne parlerons pas ici du refoulement secondaire appelé généralement le refoulement sans plus de précision. Il ne porte que sur les représentations et les affects qui leur sont attachés, et ne joue à peu près aucun rôle dans l'incrustation de l'image traumatique et des symptômes qui vont apparaître.

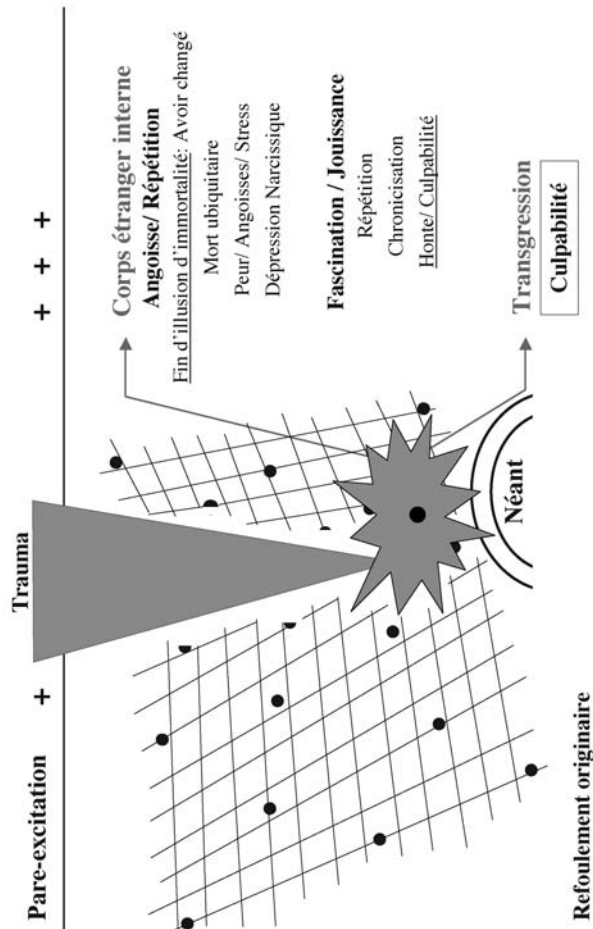
Dans l'appareil psychique ainsi schématisé, il faut maintenant se représenter l'image de la scène traumatique comme un bloc franchissant le pare-excitation en provenance du dehors, traversant la zone des représentations et venant se fixer sur la ligne du refoulement originare. Nous porterons maintenant notre attention sur ce qui se passe en trois points: le sillage laissé dans la zone des représentations par le passage du bloc traumatique, les effets directs sur l'appareil psychique de l'image incrustée, et son voisinage avec l'originare. (*schéma ci-contre*)

Dans sa traversée, le bloc traumatique repousse les représentations (les signifiants) et les émotions qui leur sont associées. On reconnaît là ce qui fait l'effroi, la disparition de toute pensée, de toute émotion. Pendant un moment, le sujet a été privé de langage. Or l'homme est un être de langage et dans cet instant, c'est pour lui comme s'il avait été déshumanisé. Comme s'il avait été exclu de la communauté des hommes, abandonné des siens.

Il en résulte de puissants et durables sentiments de honte et d'abandon. Selon les patients, ils expriment ce sentiment de honte, incompréhensible pour eux, lié à leur expérience de déshumanisation. La honte s'ils ne peuvent la dire, se lit de toute façon à travers leurs comportements: ne



Effets cliniques de l'effraction (figure 2)



plus vouloir sortir de chez soi, sauf la nuit, porter des lunettes noires, raser les murs...

Le sentiment d'abandon est plus facilement exprimé. Les rescapés en veulent à tous les êtres humains, même leurs proches: «*Je sais bien qu'ils n'y sont pour rien, mais ça ne m'empêche pas de leur en vouloir*», disait ce jeune grand-père victime d'une agression bien avant la naissance de ses petits- enfants.

Dans les cas graves, la formule passive: *avoir été abandonné* se transforme dans l'inconscient en formule active: *se faire abandonner*, qui est à l'origine des conduites dont le but, non reconnu comme tel, est de provoquer des ruptures. La réalité semble alors donner raison au sujet: il est effectivement abandonné. D'où de nombreux cas de divorce, de licenciement, de perte du logement. Il faut comprendre aussi dans cette logique d'auto-exclusion les désocialisations totales, les suicides et les évolutions vers un alcoolisme censé aussi être un remède à la honte.

L'étage en dessous est celui de l'image incrustée. Dans la clinique, elle entraînera plusieurs types de conséquences.

La première et la plus spectaculaire: c'est le syndrome de répétition, c'est-à-dire la possibilité pour l'image traumatique de réapparaître à la conscience intacte, telle qu'elle a été perçue sur le moment, au détail près et comme si l'évènement était en train de se produire. Ce sentiment très puissant de revivre cet événement parfois quarante ou cinquante ans après étonne douloureusement les patients, de même qu'ils ne peuvent pas admettre que leur volonté est impuissante à avoir un quelconque pouvoir d'en empêcher ou modifier la survenue. Rien à voir donc avec un souvenir dans lequel l'évènement est retravaillé en permanence par les représentations comme dans le stress.

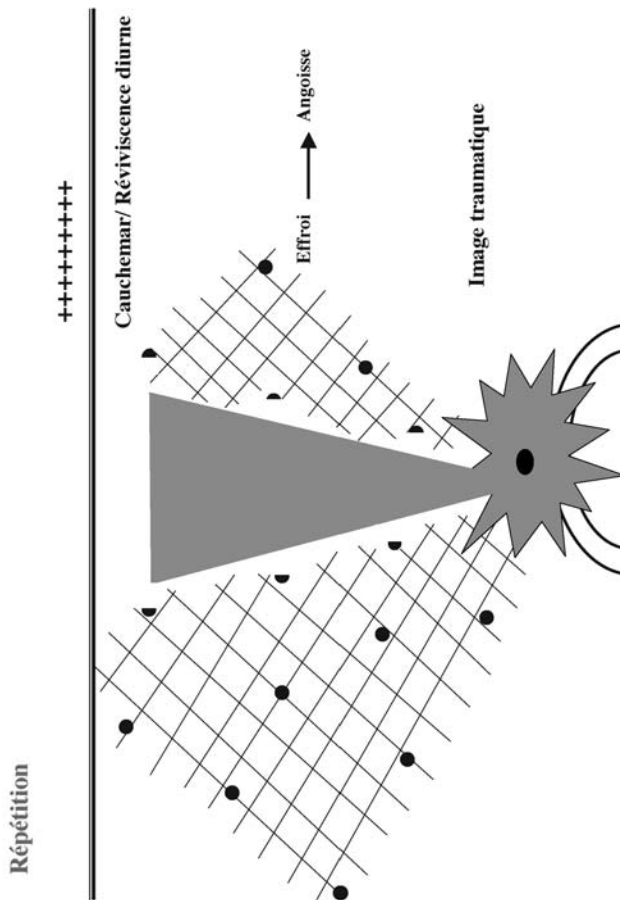
Nous avons déjà dit que l'expérience traumatique

apportait au sujet une connaissance intime du réel de la mort comme néantisation. L'image incrustée est là pour sans cesse le lui rappeler. La mort est alors partout, derrière cette porte il y a certainement quelqu'un qui m'attend avec un fusil, je dois vérifier si sous ce siège, il n'y a pas une bombe, quand on me demande ce que je vais faire aux vacances prochaines, ça me donne presque envie de rire... Cette ubiquité de la mort est à l'origine de multiples manifestations anxieuses que nous détaillerons dans la clinique.

La deuxième conséquence de cette image incrustée résulte de la fascination qu'elle exerce sur le patient. Celle-ci reste en arrière-plan dans les premiers temps de l'évolution de la névrose traumatique où l'angoisse l'emporte. Peu à peu, au fur et à mesure que le sujet parvient à composer avec la présence de ce « corps étranger interne », la fascination constitue un contre-poids sérieux à l'angoisse. Elle est à l'origine d'un attachement au trauma qui va compliquer singulièrement la thérapie si la névrose n'est pas prise en charge suffisamment tôt. Ce phénomène ne devrait pas nous surprendre quand on voit la fascination qu'exercent sur les gens ordinaires les spectacles d'horreur: attroupements autour des accidents sur la voie publique, succès de certaines émissions télévisées ou de certains films... La fascination que l'on retrouve ici chez tous les sujets mais plus particulièrement dans la contemplation de l'image traumatique, correspond en langage Lacanien à de la « jouissance » (inconsciente).

En bas de notre schéma, nous trouvons la barre du refoulement originare, sur laquelle est incrustée l'image traumatique. Pourquoi cette proximité? Sans doute parce que celle-ci recèle des contenus semblables à ceux du refoulé originare: image d'horreur et sentiment de complétude provoquant à la fois angoisse de néantisation et jouissance totale, avec absence d'éléments langagiers. Cet espace est celui où il est interdit au petit d'homme de revenir, et où là, il revient par

l'intermédiaire du traumatisme. C'est comme s'il retournait dans le ventre de sa mère, un équivalent de l'inceste, fait remarquer Liliane Daligand⁽¹⁰⁾. Qu'importe que le sujet puisse arguer qu'il ne l'a ni voulu, ni souhaité, ni désiré, il a franchi une barrière interdite, il est dans la transgression, une



transgression qui s'accomplira de nouveau à chaque manifestation du syndrome de répétition.

Il n'est pas étonnant dès lors que toutes les victimes se sentent coupables, soit ouvertement le plus souvent, soit la culpabilité est projetée (sur les supposés responsables de la catastrophe), soit elle est refoulée, mais apparaîtra dans des symptômes ou au cours de la psychothérapie. Ce phénomène intrigant et un peu révoltant a donné lieu à des explications qui sont destinées à satisfaire la raison, de la part des patients comme de celle des psychiatres: culpabilité du survivant unanimement retenue dans les catastrophes collectives, culpabilité de n'en avoir pas fait assez pour les autres, jusqu'à des raisonnements beaucoup plus irrationnels. Ainsi la culpabilité est-elle au cœur de l'ensemble des éprouvés qui seront la matière des divers symptômes de la névrose traumatique, avec la honte, l'abandon, l'ubiquité de la mort, la fascination horrifiée...

On ne s'étonnera pas alors de la richesse et de la diversité des manifestations cliniques que nous aurons à décrire, mais pas comme des «comorbidités», ainsi que l'impose la pensée anglo-saxonne, mais comme des phénomènes présents ou en germe dès l'effraction traumatique.

Ainsi, la névrose traumatique ne se résume pas au retour périodique des images traumatiques, mais il faut tenir compte, y compris dans nos entreprises thérapeutiques, de tous les bouleversements qu'apporte l'effraction dans l'appareil psychique.

Les conséquences dans la clinique du traumatisme psychique

Les effets immédiats et précoces

Nous ne nous étendrons pas longtemps sur cette clinique des troubles qui suivent l'impact traumatique, c'est le plus souvent une clinique de l'angoisse, qui intéresse surtout les professionnels des soins d'urgence: psychiatres, psychologues, infirmiers psychiatriques. Comme nous l'avons dit précédemment, il peut n'y avoir aucun trouble à cause d'une défense contre ce qui se présente au sujet par un déni du réel. Ce déni peut se mettre en place une fraction de seconde plus tard, après le temps de l'effroi, ce moment de suspension de toute pensée et de tout affect. Parfois une perte de connaissance recouvrira tout ou une partie de l'événement, l'ôtant à la mémoire pendant une durée variable, parfois plusieurs années, parfois toute la vie, dans ce cas préférentiellement derrière le masque d'une affection psychosomatique grave. La mort s'est inscrite dans le corps.

La clinique de l'angoisse prend des formes très variables, depuis le stress adapté jusqu'à tous les degrés de modifications de l'état de conscience: dépersonnalisation et déréalisation, sentiment de vivre un rêve ou un cauchemar, accélération ou ralentissement du temps vécu, états confusionnels avec perte de tous les repères spatio-temporels temporels et modifications qui peuvent être hallucinatoires de la réalité. Comme nous l'avons dit, sur le terrain, nous rencontrons surtout de grandes crises anxio-émotionnelles et des états

de stupeur plus ou moins confuse. Dans les heures ou les jours qui suivent peuvent se développer des bouffées délirantes, des troubles graves de l'humeur, maniaques ou mélancoliques, ou débiter une dissociation schizophrénique.

Tous les patients présentant un état anxieux simple, avec ou sans modification de l'état de conscience, ne sont pas à coup sûr traumatisés. Il n'en reste pas moins que dans les plans catastrophes, dans les services d'urgence à l'hôpital et dans d'autres lieux destinés à recevoir des victimes d'agression, de mini-catastrophes individuelles, une place doit être faite à la prise en charge médico-psychologique.

Les troubles post-immédiats et à long terme

Les troubles post-immédiats sous leur aspect d'une symptomatologie psychiatrique sont une persistance ou une aggravation des troubles précoces. Dans l'ensemble, la période post-immédiate est constituée de manifestations mineures, anxiété « généralisée », dysphorie, mais surtout troubles du caractère (irritabilité, repli sur soi...), nécessitant une surveillance du devenir de ces sujets. Dans l'armée, ces symptômes provoquent un rapatriement sanitaire. Plus couramment, le post-immédiat est la période de stabilisation émotionnelle qui autorise des entreprises thérapeutiques telles que le débriefing.

La phase de latence, c'est la caractéristique de la névrose traumatique qui a été la première à être reconnue. Après l'événement, la victime est asymptomatique pendant des semaines, des mois ou des années. C'est ce que nous avons cru constater au début de notre carrière chez tous nos patients anciens militaires (2^{ème} Guerre Mondiale, Indochine, Corée, Algérie). Puis au

cours des années 80, nous avons dû réviser cette conception sur deux points. L'expérience faite avec de jeunes soldats pris en charge précocement, et avec certains des patients issus du milieu civil, surtout lorsqu'il s'agissait d'un événement touchant un grand nombre de personnes, montrait que la phase de latence pouvait ne durer que quelques heures. Un autre point nous est apparu concernant ces phases de latence : toutes n'étaient pas aussi silencieuses qu'on l'avait dit dans une clinique traditionnelle.

Les symptômes que nous décrivons dans la névrose traumatique peuvent apparaître dans cette période, avec plus ou moins de force, sauf le syndrome de répétition : angoisse sous toutes ses formes, dépression, troubles caractériels (très fréquents), maladies psychosomatiques... Notre soldat de Kigali, dans une mission suivante, dormait chaque fois qu'il n'était pas en service, ses camarades l'appelaient « la marmotte...! ». La phase de latence cesse quand apparaît le syndrome de répétition, à l'occasion d'une situation ressemblant aux circonstances de l'événement traumatique ou pouvant être rattachée à lui d'une quelconque manière, comme les dates anniversaires, une émission à la télévision, etc. Le sujet entre alors « officiellement » si l'on peut dire, dans la névrose traumatique. Ce n'est d'ailleurs pas une raison suffisante à ses yeux pour qu'il vienne consulter, sauf parfois, s'il y est poussé par son entourage familial ou professionnel.

La névrose traumatique

Elle commence quand le déni de l'image traumatique prend fin. Elle comporte de multiples symptômes dont nous avons esquissé la genèse dans le chapitre précédent. Ils ont chacun le pouvoir de susciter de la souffrance chez le sujet et l'entourage, et de créer du handicap.

Le syndrome de répétition

Il est constitué du retour de la scène traumatique, soit la nuit dans des cauchemars, soit le jour dans des reviviscences. Le sujet revit la scène comme s'il était en train de la vivre, c'est au détail près, détails qu'il a perçus sur le moment, et au temps présent. Il est à nouveau dans l'événement, et si c'est un cauchemar, il se réveille en sursaut, en sueur, et en proie à une angoisse extrême. Il met parfois du temps à retrouver la situation présente. Lors des reviviscences diurnes, le sujet étant éveillé, les choses sont un peu plus complexes. Celui-ci vit généralement en même temps le réel de l'événement et la réalité dans laquelle il se trouve. Cette femme a été victime d'un crash aérien où l'avion avait pris feu. Dès qu'elle sent une odeur de fumée ou de brûlé, elle s'enfuit en courant, comme elle avait fui pour s'éloigner de l'avion en feu.

Ce jeune soldat revient de Sarajevo. Dans une avenue paisible de Paris, il voit tout d'un coup des fusils apparaître aux fenêtres et il se jette sous une voiture, comme lorsqu'il était sur « Snipper Alley » dans la capitale bosniaque. Parfois, mais rarement heureusement, c'est l'image réelle qui l'emporte, et tout peut arriver, comme l'agression subite d'un quidam qui passe par là.

Les patients sentent ce risque et viennent consulter avec comme demande de faire en sorte que ça ne se produise pas. En principe, les phénomènes de répétition restent strictement fidèles à la scène initiale, ce qui étonne beaucoup les patients qui plus d'un demi-siècle après, revivent un événement appartenant à leur jeunesse. Toutefois, surtout les cauchemars sont parfois capables d'évoluer, ce qui est plutôt bon signe. Cela se voit particulièrement au cours des psychothérapies. Le « corps étranger interne » est pris en charge partiellement ou complètement par les représentations, sauf le moment de la rencontre avec la mort. Les nouveaux scénarios sont intéressants à

prendre en compte, car ils représentent des tentatives d'élaboration du traumatisme à partir d'éléments de la vie psychique.

Terminons sur le syndrome de répétition pour rappeler qu'il est pathognomonique de la névrose traumatique. Ce qui veut dire qu'on ne le rencontre dans aucune autre affection, et qu'il est nécessaire pour porter ce diagnostic (nous verrons qu'à cause du déni, il y a quelques exceptions à cette règle).

Les autres symptômes ou syndromes

L'anxiété : c'est dans les troubles anxieux que le DSM classe le PTSD, sans que le déroulement des symptômes qui mènent à ce diagnostic ne le justifie de manière évidente. L'anxiété ou l'angoisse sont souvent au premier plan du tableau clinique ou colorent toute la symptomatologie. Nous trouverons une angoisse de fond (anxiété généralisée), des crises d'angoisse aiguës (attaques de panique), toutes sortes de phobies surtout en rapport avec l'événement traumatique (foule, transports en commun...). Ce qui n'empêche pas que d'autres situations puissent être phobogènes, jusqu'à la panphobie : le sujet craint le monde extérieur et reste confiné chez lui, volets clos. L'anxiété infiltre avec plus ou moins de force la dépression, les troubles du caractère et des conduites, les manifestations psychosomatiques. Elle peut être aussi à l'origine de plaintes somatiques, essentiellement des douleurs. Ce point est particulièrement préoccupant lorsque la victime a eu de graves blessures physiques, suivies parfois de multiples opérations. Les douleurs paraissent justifiées au moins un certain temps, variable selon les blessures et les interventions réparatrices qu'il a fallu pratiquer. Mais vient un temps où les antalgiques n'ont plus l'efficacité qu'ils devraient avoir, où pour les chirurgiens, les douleurs sont d'origine purement psychogène. Et le plus souvent, elles le sont en

effet. Nous nous trouvons là devant l'installation d'un cercle vicieux qu'il est très difficile de rompre: les douleurs réactivent le trauma, et le trauma réactive l'angoisse, s'exprimant ici à travers les douleurs.

La dépression: comme nous l'avons dit, elle est toujours présente dans la névrose traumatique, précédant parfois l'apparition du syndrome de répétition. Elle va de la simple tristesse avec manque d'entrain à la mélancolie délirante, caractérisée par un délire de persécution à mécanisme interprétatif. Entre ces deux extrêmes, la dépression a une forme classique: tristesse de l'humeur, inhibition psychique et psychomotrice, c'est-à-dire sentiment de fatigue physique et psychique, surtout le matin, aboulie avec difficulté d'entreprendre, troubles de la mémoire, de la concentration et surtout de l'attention (leur esprit est mobilisé ailleurs, baisse de la libido, plaintes somatiques comme des céphalées...). Le niveau d'angoisse mêlée à la dépression est variable, tantôt celle-ci est au premier plan dans les entraves et la souffrance qu'elle apporte à la vie du sujet, tantôt la dépression terrasse le patient dans une douloureuse inaction, tantôt angoisse et dépression conjuguent leurs effets à parts égales.

Les troubles du caractère: ils sont constants et variables dans leur forme et dans leur intensité: repli sur soi, irritabilité accompagnée de sentiments vagues ou exprimés dans une plainte, agressivité dont le sujet n'a pas toujours conscience, violence dans la famille ou à l'extérieur. Ce soldat encore jeune demande un bilan de santé dix ans après la guerre du Golfe à laquelle il a participé comme jeune engagé. Il se sent «malade», mal dans sa peau, mais il ne rechigne pas à accomplir son service, quoique sans entrain. À l'entretien on trouve un épisode traumatique dans le Golfe, auquel il n'avait pas accordé une grande importance et qui donnait lieu à de rares cauchemars. Dans le déroulement de l'entretien, il prend conscience de ce qu'il a

changé de caractère après l'événement: «*Alors c'est ma femme qui avait raison!*». Même chose pour ce cadre important d'une grande entreprise, que ses deux filles adorées avaient poussé à consulter un psychiatre. Lui ne comprenait pas pourquoi. Il avait échappé par miracle à un incendie dans l'étage de la direction. Son bureau avait été vite envahi par une fumée noire et épaisse. Il a perdu connaissance peu de temps avant que les pompiers ne le trouvent et l'emmènent. Depuis cet événement, cet homme jusque là facile à vivre était devenu insupportable pour sa famille. Les troubles du caractère peuvent donner naissance à des troubles des conduites ou des passages à l'acte.

Les troubles des conduites: ils ont la particularité d'être la phase finale du parcours de l'exclusion dans les névroses traumatiques graves. En France, ils prennent très souvent l'aspect de l'installation d'un alcoolisme qui conduit parfois certains patients à la clochardisation. L'usage de l'alcool a, à première vue, valeur anxiolytique et renarcissisante. Plus profondément, l'alcool est un équivalent empoisonné du lait maternel, il provoque une régression qui les met en accord avec ce que le trauma a présentifié de l'originaire. Au cours des alcoolisations, des passages à l'acte graves peuvent être commis, alors que la honte est levée et que la culpabilité a disparu comme frein. D'autres troubles de conduites sont fréquents, citons parmi eux: les toxicomanies qui conduisent à une exclusion sociale et parfois à la mort, les troubles de conduites alimentaires, sexuelles (viol) et les consommations excessives de psychotropes. Le suicide est la forme la plus radicale de l'exclusion. Souvent, il prend la forme de «suicide ordalique» dans lequel le sujet laisse répétitivement au hasard ou à la providence le soin de décider s'il doit vivre ou mourir. Il est principalement à l'origine d'accidents mortels de la voie publique. L'attrait de ces traumatisés pour la mort reste un mystère pour eux-mêmes, alors, que c'est justement à la mort qu'ils ont échappé.

Ce à quoi ils veulent se soustraire, c'est moins à l'angoisse générée par l'événement qu'à une jouissance inconsciente mais culpabilisante.

Les passages à l'acte: ils peuvent surgir dans le contexte d'un trouble des conduites, par exemple troubles des conduites agressives, comme ce jeune homme qui fréquentait les cabarets la nuit pour chercher la bagarre, ou dépressives, ayant déjà fait une tentative de suicide, se jetant par la fenêtre à la suite d'une remarque humiliante que vient de lui faire un membre de sa famille. Là, ils peuvent survenir de manière tout à fait inattendue. Parfois le patient pressent ce risque, et, quand il redoute un passage à l'acte meurtrier, il va spontanément consulter. Jusqu'à une époque récente, c'était la seule raison pour eux de consulter un psychiatre sans y être poussés. Ce jeune soldat est rentré depuis un an de Goma au Zaïre où, pendant cinq semaines, il a charrié des cadavres. Il est revenu de là-bas avec comme syndrome de répétition des bouffées d'odeur de charnier. Un jour, il effectue des manœuvres dans la campagne française, il est au volant d'un VAB (véhicule de l'avant blindé) sur une petite route. En face de lui, au bout de la ligne droite, arrive un véhicule de tourisme: «*J'ai piqué sur lui avec la ferme intention de les écrabouiller, comme des chiens. Ça aurait pu être mon père, ma mère, ma sœur, ça ne m'aurait rien fait, je ne sentais aucune émotion*». Au dernier moment, il change de direction et il ne sait toujours pas pourquoi. Les passages à l'acte ont souvent une dimension moins tragique, comme certains viols⁽¹⁾.

Les plaintes somatiques: elles sont fréquentes et se voient généralement dans un contexte anxieux ou dépressif, mais ont parfois la valeur d'un symptôme de conversion, en rapport avec l'un ou l'autre des aspects de l'événement.

Les maladies psychosomatiques: rappelons les douleurs des traumatisés physiques multiopérés

que nous avons déjà évoquées. Elles n'apparaissent pas dans les descriptions successives du PTSD, quoiqu'elles soient d'observation courante dans les névroses traumatiques. C'est d'autant plus étonnant que le stress à lui tout seul est un bon pourvoyeur d'affections de ce type. Celles-ci vont des affections cutanées à la survenue de maladies mortelles ou très invalidantes nécessitant des soins médicaux voire chirurgicaux: ulcères gastro-duodénaux, hypertension artérielle, myxoedème, diabète insulino-dépendant, voire des tumeurs cancéreuses (même si la «*preuve*» n'en a pas encore été formellement apportée)...

Parfois dans les maladies graves, il n'y a ni syndrome de répétition, ni souvenir d'un moment d'effroi. Ceux-ci n'apparaîtront que si un travail psychothérapeutique a été possible, c'est-à-dire souhaité par le patient. L'amener sans son consentement dans la zone du trauma peut avoir des conséquences somatiques graves.

Évolutions de la névrose traumatique

C'est une question difficile à traiter, tant il y a de variations individuelles et de possibilités de changement de mode évolutif chez un même sujet.

Les évolutions «*bénignes*»: elles sont nombreuses. Peu après l'événement, le sujet peut avoir de fréquents cauchemars, qui s'espacent et disparaissent au cours des mois ou des années qui suivent. Les autres symptômes n'ont été présents que quelques jours ou semaines, et les cauchemars devenus rares n'affectent pas la vie du sujet. De même qu'on ne pourrait pas parler ici de PTSD, de même l'étiquette de névrose traumatique n'est pas justifiée. Nous ne retrouvons pas ici l'évolution d'une «*névrose*».

Les évolutions cycliques ou circonstancielles: la névrose traumatique réapparaît comme aux premiers jours aux dates anniversaires ou à la suite d'un événement douloureux: deuil, licenciement, séparation, échec... L'évolution peut se faire de manière à peu près égale, avec des périodes meilleures que d'autres, ou bien la névrose s'atténue avec les années ou au contraire s'aggrave jusqu'à une situation catastrophique. En ce qui concerne l'évolution, il faut surtout prendre en compte l'impact de chacun des aspects de la névrose: inhibition dépressive avec ses éventuelles conséquences familiales ou professionnelles, restriction vitale due au champ des phobies, troubles relationnels en rapport avec les modifications du caractère ou d'une manière différente, une affection psychosomatique... Sans compter, pour la complexité de la question de l'évolution, les changements qu'apportent les prises en charge à l'une ou l'autre des phases de l'évolution spontanée, sans compter non plus les séquelles physiques de blessures de gravité très variable produites par l'accident.

L'étiopathogénie

La névrose traumatique a de tout temps rencontré beaucoup de scepticisme de la part des proches des victimes, autant que de la part de leurs médecins, fussent-ils psychiatres. Les choses sont en train de changer, mais une suspicion demeure à partir de la question: pourquoi lui, six mois après, est-il encore malade, alors que l'autre a repris une vie normale au bout de quinze jours? Il est très difficile de répondre clairement à cette question dont une partie au moins de la réponse se trouve chez celui qui la pose.

Pour essayer de s'y retrouver, il faut d'abord distinguer le traumatisme psychique et la névrose traumatique. N'importe qui est susceptible d'être un jour le lieu d'une effraction traumatique. La clinique nous montre aussi que certains facteurs facilitent considérablement le traumatisme, outre la violence extrême du choc, la fatigue physique et/ou morale (soldat en campagne), la passivité (métro), l'activité fantasmatique du moment («le traumatisme résulte d'une rencontre d'un événement et d'un sujet»), une action hors la loi en cours, un deuil récent, un traumatisme antérieur etc.

La névrose traumatique, nécessite qu'il y ait traumatisme d'où l'intérêt des facteurs précédents. C'est une condition nécessaire mais pas suffisante. Sur le long terme, nous n'avons jamais eu à traiter des patients qui ne soient pas névrotiques.

À l'inverse, nous avons vu souvent dans le milieu militaire des sujets qui avaient traversé une expérience traumatique, avaient présenté des cauchemars pendant un temps limité ou bien de façon très espacée, et n'étaient pas rentrés dans une névrose. Les cauchemars avaient été d'ail-

leurs leur seul symptôme. Il n'était pas possible de les soumettre à un examen clinique en règle, mais l'impression qui se dégageait d'une conversation (ou plusieurs) les faisait apparaître comme des sujets «névrotico-normaux».

Nous avons fait une constatation similaire dans le civil, avec des patients vus dans les jours suivant immédiatement le traumatisme, et qui guérissaient avec une facilité déconcertante avec deux ou trois entretiens qui n'allaient pas très loin. Là aussi, les «symptômes d'accompagnement» étaient réduits au minimum et la personnalité rentrait dans ce cadre des «névrotico-normaux».

Ce qui fait qu'on ne peut pas affirmer qu'une personnalité névrotique soit d'une manière générale un facteur prédisposant au traumatisme. En revanche, elle intervient nécessairement dans la pérennisation des troubles. Nous aurons à essayer de comprendre comment dans le chapitre où nous traiterons des psychothérapies psychodynamiques.

La thérapeutique

La clinique et la psychopathologie sont le point de départ de toute action thérapeutique, si l'on veut soigner, non pas des symptômes post-traumatiques, mais des sujets traumatisés. Schématiquement, on distingue trois phases dans le traitement, qui correspondent à ces trois étages que nous avons désignés dans notre schéma de l'effraction.

Les soins immédiats

Ils sont donnés pendant les heures qui suivent l'exposition du sujet à l'événement. Généralement, on ne sait pas qui est traumatisé et qui est simplement stressé car, nous l'avons dit, ce sont les symptômes du stress qui apparaissent d'abord. S'il y a trauma, le syndrome de répétition ne se manifestera que dans les jours, les semaines, les mois ou même les années qui suivent.

En France, les «Cellules d'Urgence Médico-Psychologique»⁽¹²⁾ (CUMP) ont été créées pour que les victimes bénéficient de soins immédiats, de même que les SAMU arrivent le plus tôt possible sur les lieux d'un accident ou une catastrophe. Les équipes des CUMP sont reliées aux SAMU et activées par lui. Elles sont composées de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers psychiatriques, qui se relaient pour réaliser une astreinte permanente sur le département.

La première fonction des intervenants immédiats est une fonction de présence. Leur communauté d'appartenance envoie auprès des victimes ses spécialistes des blessures psychiques pour s'enquérir de leur état, écouter le récit de l'«enfer» qu'elles ont traversé, leur proposer une aide psy-

chologique. Le point visé ici est celui de l'abandon, dont on sait qu'il peut être si douloureux en cas d'effraction traumatique («*ne plus retrouver ma section, ça a été pire pour moi que le moment où j'avais le canon du fusil entre les deux yeux*»). Dans les suivis à long terme commencés des mois ou des années après l'événement, chez les plus graves, on trouve un abandon qu'ils ont pu vivre comme réel, telle cette jeune femme qui s'est précipitée hors de la bouche de métro après l'attentat, s'est jetée vers une cabine téléphonique, et a refait frénétiquement cent fois le numéro de son ami en vain, et s'est écroulée sur le sol, le combiné pendant auprès d'elle. Elle est restée comme ça, dans un état de demi-stupeur, jusqu'à ce qu'une ronde de policier la ramène chez elle. Un an plus tard, elle vivait seule dans un petit deux pièces dont elle ne sortait jamais, avec trois molosses qui la gardaient. Sa nombreuse parentèle assurait la logistique.

La deuxième fonction qu'assurent les intervenants immédiats est une fonction d'interlocution. Il s'agit dès ce moment de solliciter une parole sur l'expérience qui a été traversée. Même si les individus abordés s'y refusent, ils voient les autres parler aux soignants et, s'ils sont traumatisés, ils comprennent vite que la parole est le contre-poison des images. Pour les victimes hébétées ou sidérées, muettes le plus souvent, la reconstitution d'un lien verbal est plus évidemment encore un retour dans la « communauté des vivants »⁽¹³⁾. Souvent, on peut aider à ce renouage de l'un avec les autres par un contact physique par lequel le soignant impose sa présence. Ces premiers soins s'adressent à des sujets dont on ne sait rien, qui peuvent présenter des réactions psychopathologiques très diverses, nécessitant parfois l'usage de psychotropes, ou, avec des psychotiques par exemple, requérant un abord particulier. Il est alors d'autant plus évident que ces actions doivent être conduites par des professionnels du soin en psychiatrie. Les soins immédiats ont d'autres aspects importants que

nous ne détaillerons pas ici :

- leur organisation avant et surtout pendant toute la durée de l'intervention,
- les rapports avec les équipes médicales et avec les autorités administratives,
- les rapports avec les secouristes et les services sociaux, mais aussi l'organisation du suivi des victimes qui commence par la distribution d'un certificat médical initial et d'une liste de lieux de consultation qu'il faudra leur commenter.

Tout ceci ne se met pas sur pied sur l'heure *ex nihilo* et devra faire l'objet d'une préparation, voire de simulations et de multiples prises de contact en prévision d'un événement catastrophique.

Les soins immédiats sont suivis de temps en temps par des soins précoces, lorsque la réaction immédiate se prolonge ou évolue vers un état psychopathologique: état « dissociatif », état délirant, troubles de l'humeur dont certains nécessitent une hospitalisation...

Nous n'en parlerons pas ici puisque ces soins ne se différencient pas des soins habituels en psychiatrie pour les pathologies réactionnelles. Disons simplement qu'il faut savoir dès le temps immédiat prévoir la survenue d'évolutions qui entrent dans le champ médical ou, à tout le moins, savoir quand la victime nécessite une surveillance et comment l'organiser.

Les soins post-immédiats

Ils prennent place dans les jours qui suivent l'événement, généralement une à deux semaines après. Ils sont souhaitables surtout si les soins ne se sont pas prolongés pendant cette période. Très souvent, il n'y a eu ni soins précoces, ni soins immédiats, particulièrement si l'événement

n'a touché qu'une personne ou un tout petit groupe: agression, accident.

Ces soins post-immédiats sont variables en fonction de deux paramètres: la victime est seule ou appartient à un groupe dont les constituants n'ont pas de relations les uns avec les autres, comme les passagers d'une rame de métro. Ces victimes seront vues individuellement, mais selon leur état émotionnel, auront droit à un entretien «classique» ou un «débriefing». Comme on le verra, ces deux approches sont très différentes. Des sujets encore fragiles, qui n'ont pas encore pu faire jouer leurs mécanismes de défense pour endiguer le débordement émotionnel, ne pourront pas être soumis au questionnement serré qui caractérise le débriefing.

Il arrive que dans des groupes de victimes d'une catastrophe collective, des prises en charge individuelles ne soient pas possibles. On a recours à des groupes de parole, qui fonctionnent comme les groupes de parole que l'on a l'habitude de faire en psychiatrie, chacun ne dit que ce qu'il a envie de dire. Cette technique est aussi employée avec des groupes constitués qui semblent encore très fragilisés par ce qu'ils ont vécu au moment où les soins post-immédiats sont organisés.

Dans le cas contraire, ils bénéficieront d'un débriefing collectif. C'est par lui que nous commencerons notre description de cette phase des soins, car cette technique est celle qui pose le plus de problèmes aux soignants, mais il faut savoir que c'est la plus rarement employée, et qu'il ne faut y recourir que lorsque l'on est sûr de son indication.

Le débriefing collectif. Comme nous l'avons dit, il s'adresse à des groupes constitués, c'est-à-dire à des personnels qui se connaissent, qui ont l'habitude de travailler ensemble, et qui devront à nouveau travailler ensemble par la suite. Il s'agit de militaires, de policiers ou gendarmes, de

pompiers, d'urgentistes, d'équipes de travail dans le monde industriel ou de la banque... Dans les jours qui suivent l'événement possiblement traumatogène, ils sont réunis pour une séance de débriefing. Les «débriefer» sont des psychiatres, psychologues cliniciens, assistés parfois d'infirmiers psychiatriques. Tous les participants ont vécu l'événement, et personne, nous disons bien personne qui ne l'a pas vécu n'est admis dans le groupe. Il n'y a pas d'exception à cette règle⁽¹³⁾. En revanche, un débriefing est un acte de soin et il ne peut être obligatoire. Ceux qui le refusent ont, dans la plupart des cas et sans qu'ils le sachent clairement, de bonnes raisons. Ils sont encore trop fragiles émotionnellement pour affronter ce retour sur l'événement.

Au cours de la séance, chacun sera amené à décrire chaque temps du drame qu'il a traversé, successivement, et à chaque fois les faits, les émotions que ceux-ci ont provoquées en lui, les pensées qui lui sont venues. Un temps sera consacré à ce que le locuteur peut dire de l'avant et de l'après événement: le sens qu'avait pour lui cette mission, comment il l'avait anticipée, les symptômes apparus depuis... La conduite d'un débriefing demande beaucoup d'attention, il faut pouvoir susciter, sans que cela paraisse une violence, la parole que le sujet censure pour différentes raisons. Lorsque les paroles s'entrecroisent, il faut veiller à ce qu'un sujet interrompu dans son récit puisse le reprendre là où il l'avait laissé, intervenir assez peu sauf pour demander des précisions, ne jamais porter de jugement ni négatif ni positif. L'idéal, c'est quand les participants ne s'adressent plus aux «débriefer» mais au groupe. Cela prouve qu'ils ont compris qu'ils ne faisaient pas seulement un travail utile pour eux-mêmes, mais aussi qu'ils participaient avec leurs camarades à la reconstruction d'un groupe solidaire, et d'abord solidaire pour sortir ensemble de l'horreur où l'événement les a plongés. On voit bien ici comment le débriefing est l'antidote par excellence de la «rupture communautaire»⁽⁹⁾,

et ce qu'il peut apporter pour chacun, par la liaison des faits, des émotions et des pensées, de germe pour une élaboration de l'événement.

Néanmoins, même dans un groupe constitué, il peut y avoir des contre-indications à procéder à un débriefing. Celui-ci ne peut fonctionner que si s'établissent entre les participants des identifications «de Moi à Moi», autrement dit que chacun puisse se mettre à la place de l'autre. Ceci est à apprécier à chaque fois. Citons les situations les plus fréquentes qui de ce point de vue-là constituent des contre-indications au débriefing collectif : la présence de membres d'une même famille, les groupes conflictuels, ou lorsque qu'un membre du groupe est responsable de toute ou une partie de la catastrophe qu'ils ont dû affronter. Précisons enfin que s'il y a eu des morts dans l'évènement, le débriefing attendra que soient accomplis les rituels funéraires, et s'il y a des blessés, ils seront vus individuellement à l'hôpital.

L'après-débriefing. C'est un temps essentiel, qui seul peut valider la procédure. Il consiste en un entretien individuel, qui permet de tirer la conclusion de la séance collective, d'ajouter ce que le sujet n'a pas pu dire publiquement parce que trop intime ou parce qu'il «n'y a pas pensé»... Selon les cas, d'autres entretiens paraissent nécessaires.

Le débriefing individuel. Il est plus facile à mettre en œuvre que le débriefing collectif et il faut savoir, dans beaucoup de situations d'indication incertaine, le préférer à celui-là. Il fonctionne sur les mêmes principes : le reparcours de l'évènement avec à chaque fois les faits, les émotions et les pensées, puis un moment où seront exposées les circonstances qui ont amené le sujet à se trouver dans cette situation et ce qui s'est passé pour lui depuis. L'inconvénient du débriefing individuel par rapport au débriefing collectif, c'est qu'il ne bénéficie pas de la forte dynamique de groupe du second mais en revanche, il permet

des associations plus riches sur d'autres éléments de la vie ou de la pensée du sujet. Ainsi pourra déjà être ébauchée une inscription de l'évènement dans l'histoire de celui-ci. Le débriefing individuel doit lui aussi être suivi d'un 2^{ème} entretien dans les jours qui suivent, parfois de plusieurs. Remarquons dès à présent, que si le débriefing individuel a sa place dans les soins post-immédiats, il peut être utilisé également dans le cours d'une psychothérapie à long terme à un moment où il paraît indispensable. D'ailleurs, c'est souvent le patient lui-même qui nous amène à prendre cette décision. Nous en verrons des exemples dans le chapitre suivant.

Entretiens individuels et groupes de parole. Comme nous l'avons vu, ils sont indiqués à cette phase lorsque l'état émotionnel des victimes ne permet pas de revenir en détails sur l'évènement. Car on risque alors, au lieu de susciter une parole sur un vécu, de provoquer une reviviscence de l'évènement, c'est probablement une raison de l'échec du débriefing américain⁽¹⁴⁾ d'être institué trop tôt (24 à 72 h). Leurs techniques ne demandent pas d'avoir recours à des concepts spécifiques au trauma : ils sont simplement un accueil de la parole de la victime et celle-ci ne dit que ce qu'elle a envie de dire. D'ailleurs, la parole ne manque jamais, justement à cause de l'état de bouleversement émotionnel des participants. Comme le débriefing individuel et le débriefing collectif, il est absolument impérieux, après un entretien ou un groupe de parole, de revoir des sujets individuellement au moins une fois dans les jours qui suivent.

Les psychothérapies à court, moyen et long terme

Cette vaste question nous oblige à revenir à la boussole que constitue la clinique, c'est-à-dire, à

la distinction qu'il faut faire absolument entre l'effraction traumatique et ses conséquences et la névrose traumatique. L'effraction traumatique suppose qu'une image exogène s'est incrustée dans l'appareil psychique, on peut d'ailleurs admettre que n'importe quel sujet peut à un moment ou à un autre être le lieu de ce phénomène. Là où il faut faire des différences, c'est au niveau de la structure du sujet qui va subir cette effraction. Pour simplifier l'exposé, nous ferons la différence entre un sujet «névrotico-normal» et un sujet «névrotique». Nous nous expliquerons là-dessus plus loin. Disons tout de suite qu'un sujet névrotico-normal développera par la suite un syndrome de répétition traumatique, mais avec des symptômes associés présents à un degré variable les premiers jours, puis s'amendant rapidement les jours suivants, tandis que les cauchemars et les reviviscences persistent.

Le syndrome de répétition, s'il apparaît rapidement après l'événement, peut être intense au début mais disparaît spontanément en quelques semaines au maximum, ou se manifeste de temps en temps pendant des mois ou des années sans perturber la vie de la «victime». On peut même parfois dire dans ces cas que si le réveil du cauchemar se fait dans l'angoisse, à distance, le sujet semble plutôt amusé de ce retour de l'expérience traumatique, intacte des années après. Chez le sujet névrotique, il n'en va pas de même. Il semble que chez lui l'objet traumatique prenne une place importante dans le fonctionnement de son appareil psychique. Ce qui est étonnant, d'abord, c'est le temps que peut durer la classique «phase de latence»: des semaines, des mois voire des années, comme s'il était dans l'incapacité de prendre en compte l'impact de l'événement et était obligé d'exercer sur l'image traumatique un déni durable.

En revanche, dans toute cette période où le syndrome de répétition est absent, il présente des manifestations qui ressortent des symptômes

associés: dépression, anxiété, trouble du caractère, etc. Ce déni signe la fragilisation du psychisme chez ce névrotique par le traumatisme qu'il a subi. Mais dans le même temps, la présence d'une symptomatologie qui anticipe ce que sera la névrose traumatique montre que l'appareil psychique est blessé et qu'il se défend comme il peut de ce corps étranger interne jusque là tenu au silence par le déni.

Expliquons-nous plus en détails sur cette distinction que nous proposons entre personnalité névrotico-normale et personnalité névrotique. Pour la clarté de la présentation que nous allons faire de la névrose traumatique, nous allons nous interroger sur la personnalité des sujets qui développent cette affection à la suite d'un traumatisme psychique.

Nous allons écarter d'emblée les structures psychotiques et perverses, les psychotiques développant des éclosions délirantes, les pervers n'ayant pas vocation à être traumatisés. Il nous reste les structures névrotiques, qui représentent plus de 95% de la population. Parmi elles, on distingue des structures hystériques, des structures obsessionnelles et des états limites. Il n'y a pas de structure normale, c'est-à-dire que personne ne peut se revendiquer d'une mythique normalité psychique.

Il y a un continuum qui va du moins névrotique au plus névrotique. Dans un langage courant, on dirait que les moins névrotiques (les névrotico-normaux) sont des gens bien dans leurs rapports avec les autres, bien «dans leur rapport avec eux-même», qui ont une adaptation correcte à la réalité. Même dans ces cas, le psychiatre demande à y voir de plus près, les fausses «normalités» n'étant pas rares. Des événements, comme un traumatisme, mais pas seulement, peuvent révéler des lignes de fragilité insoupçonnées.

À l'inverse, chez un névrotique avéré, le traumatisme peut être de peu d'effet, par exemple un syndrome de répétition dans les premiers jours,

sans développement ultérieur d'une névrose traumatique. Ce qui nous a amené à préciser ces distinctions, c'est que tous les patients que nous avons traités pour une névrose traumatique avaient une structure névrotique prononcée, quelle qu'ait été la qualité de vie qu'ils avaient auparavant. Nous avons cité les états limites. Ceux-ci doivent être considérés comme à la dernière limite de la névrose et sont donc candidats à développer une névrose traumatique.

Ce qui fait leur particularité, c'est que (bien qu'il arrive que nous ne puissions en apporter la preuve), ils ont déjà rencontré le traumatisme pendant leur enfance, parfois pendant qu'ils étaient encore nourrissons. Soit sous la forme d'un traumatisme unique, soit sous la forme de multiples traumatismes qui ont accompagné une maltraitance, des violences physiques, psychiques et/ou sexuelles, souvent familiales. D'autres situations malheureusement très répandues dans le monde aboutissent aux mêmes résultats : guerre «classique» ou civile, autres formes de la violence collective comme l'actualité internationale nous en a montré de nombreux exemples et qui atteignent tout particulièrement les enfants.

N'étant pas pédopsychiatre, nous ne voyons que les résultats à l'âge adulte de ces traumatismes précoces, sur des personnalités en voie de formation. Ces sujets présentent des états névrotiques graves, dans lesquels les événements initiaux sont symptomatiquement bien représentés parmi d'autres moins spécifiques mais tout aussi invalidants. Ou alors ils présentent des états limites, c'est-à-dire une pathologie grave de la personnalité, où les éléments traumatiques initiaux sont moins reconnaissables. Pour le thérapeute, ce sont les sujets les plus difficiles à prendre dans le transfert, c'est-à-dire à traiter. Maintenant, abordons rapidement le problème sous l'angle psychopathologique, avec l'aide de la métaphore de l'effraction de notre premier chapitre.

Le «névrotico-normal» serait le sujet qui serait parvenu à faire son deuil du paradis perdu, c'est-à-dire des jouissances originaires. Il a accepté le manque qui lui est imposé du fait qu'il s'en est remis au langage et la présence de ce manque lui ouvre le plein accès au désir.

Le trauma, comme «*analogon*» de l'originaire, ne le retiendra pas captif longtemps. À l'inverse, le névrotique voit dans le trauma une promesse de complétude susceptible de pallier les ratés du désir sur le plan de la satisfaction. Même s'il paye cher en angoisse ce retour vers le paradis perdu, il ne résiste pas à la fascination qu'il exerce par le truchement du «corps étranger interne». Celui-ci est venu se nicher dans le creux du manque structural.

C'est ce que nous disent les patients quand ils se plaignent de n'avoir plus envie de rien, rien de ce qui auparavant leur donnait du plaisir ou était une passion, d'être en panne de libido sexuelle aussi. Ainsi s'installe la névrose traumatique. Naturellement, comme nous l'avons dit initialement, les choses ne sont pas aussi tranchées, il n'y a pas de ligne de partage nette entre ces deux types de rapport à «l'objet perdu». Mais ce que nous verrons au chapitre des psychothérapies, c'est le sujet aux prises avec cette façon mortifère d'atteindre à la satisfaction.

Ces considérations préliminaires sont importantes pour la conduite du traitement. Si les soins immédiats et post-immédiats sont utiles dans tous les cas, les soins à plus long terme seront différents selon que l'on a affaire à seulement un syndrome de répétition avec des symptômes associés au minimum et rapidement régressifs, ou à un sujet anxio-dépressif. Voici un exemple particulièrement démonstratif d'un syndrome psychotraumatique qui n'est pas destiné à évoluer vers une névrose traumatique.

Jean a 40 ans. Il est médecin d'une compagnie aérienne. Celle-ci l'envoie à l'autre bout du

monde, là où s'est produit un crash aérien sans aucun survivant. Sa mission est de s'occuper des familles des passagers qui vont affluer et des personnels chargés d'accompagner celles-ci. Avec lui, il y a un psychiatre. Sur place, les plus hautes autorités du pays décident de visiter la morgue. Jean est requis pour les suivre. Il redoute le spectacle auquel il va être confronté. Dans la morgue, sur des tables de marbre noir, des morceaux de corps attendent d'être identifiés. Quand il ressort de la visite, son collègue psychiatre lui trouve pâle figure et lui propose son aide. Il refuse, mais accepte nos coordonnées, au cas où il aurait des problèmes à son retour en France. Il reste encore 15 jours dans le pays.

Le lendemain de son arrivée à Paris, il nous téléphone. Nous lui donnons un rendez-vous le jour d'après pour un débriefing. Il nous raconte sa visite à la morgue, et comment il est « tombé en arrêt devant la tête d'une femme », posée sur son cou, son visage était légèrement aplati et elle avait un œil sorti de son orbite. Il sort de sa contemplation: « À ce moment-là, j'ai senti que j'avais franchi une ligne rouge ». Le soir de son arrivée, il a une relation sexuelle avec sa femme, et entre son visage et celui de son épouse s'interpose la vision de la tête « contemplée » à la morgue. Il est effaré de ce qui lui arrive.

À la fin du débriefing, il me raconte un rêve fait cette nuit qui précède notre rencontre: il perd une dent. C'est un « rêve de castration », soit un rêve où le dormeur perd quelque chose de précieux ou une partie de son corps. Ce type de rêve se voit à la fin des psychothérapies des névroses traumatiques: le sujet se décide à abandonner « l'objet perdu ». Jean est guéri, que ce soit grâce à l'action d'un pré-transfert, ce que laisse supposer le rêve qu'il nous apporte, ou qu'il ne doive sa guérison qu'à lui-même.

Dans le premier cas, il s'agira seulement de permettre à la parole du sujet de réhumaniser ce qui

lui est arrivé, et d'établir une continuité avec son histoire et ses projets. Dans le deuxième cas, celui de la névrose traumatique, les choses ne vont pas se passer aussi bien. Nous distinguons trois types de situations en fonction du moment où commence le traitement.

Le traitement est entrepris quelques jours après l'événement, qu'il y ait eu soins immédiats ou/et post-immédiats ou non. Dans cet ordre de prise en charge, l'Armée nous a permis de faire dans la durée une expérience très enrichissante, malheureusement non transposable dans le civil. À partir des années 80, l'habitude s'y est prise de rapatrier directement sur les services de psychiatrie les soldats présentant des troubles psychiques ne permettant pas de les garder en zone opérationnelle. Parmi eux, il y a généralement un certain pourcentage de psycho-traumatisés chez lesquels le syndrome de répétition ne s'est pas déclenché. Ils sont rapatriés avec le diagnostic d'état dépressif.

L'angoisse commence à apparaître quand ces soldats comprennent qu'ils vont atterrir en psychiatrie, dormir au milieu de fous et surtout voir un psychiatre. Dans ces circonstances, le syndrome de répétition se déclenche la nuit où ils arrivent à l'hôpital. Le psychiatre si redouté qu'ils voient le lendemain matin leur apparaît vite comme un rempart contre la folie qu'ils sentent les gagner. Le transfert s'établit au cours du débriefing initial, les entretiens, quotidiens, et les suivants sont riches, animés, les sujets découvrent une manière de parler d'eux toute nouvelle. Ils découvrent l'autre scène, qui les conduit à revisiter leur histoire.

L'hospitalisation dure en moyenne deux à trois semaines, entrecoupée de permissions, et se termine par la résolution du trauma. Néanmoins parfois, une durée de traitement plus longue est nécessaire et la situation doit être aménagée. Ces jeunes patients nous ont appris plusieurs choses: l'intérêt d'une prise en charge précoce,

l'intérêt d'un traitement intensif (c'est-à-dire un entretien par jour s'ils s'y prêtent), et que le trauma «s'évanouit» tandis qu'ils s'interrogent sur leur histoire.

Nous reviendrons sur ce dernier point qui est commun à toutes les psychothérapies psychodynamiques de sujets traumatisés. Habituellement, le thérapeute ne bénéficie pas de circonstances aussi favorables. Si aucun débriefing n'a encore été pratiqué, c'est par là qu'il va commencer.

Dans le cas contraire, il n'est pas impossible qu'il y ait des points sur lesquels le sujet souhaite revenir. Il devra de toutes les façons décrire l'évènement. Puis les symptômes actuels, dans ce qu'ils ont de plus préoccupant pour lui, occuperont son discours. Le travail sur les symptômes pourra s'étendre sur plusieurs semaines (ici, le rythme des entretiens est d'un par semaine). C'est le temps de la mise au point d'une prescription médicamenteuse, si elle s'avère nécessaire. Mais c'est aussi le temps d'un accrochage transférentiel. Le travail psychothérapique en découlera⁽¹⁵⁾.

À ce propos signalons quelques obstacles au transfert avec ce type de patients : le plus courant est l'usage du silence, qui ravive ses sentiments d'abandon. Il a au contraire besoin d'être «écouté» et que les silences soient utilisés pour relancer son discours. La neutralité bienveillante n'est pas de mise non plus ici, mais l'affichage d'une empathie ne saurait être recommandé. C'est peut-être la formule de Lacan des débuts, qui recommandait une «fraternité discrète», qui est l'attitude mentale la plus appropriée pour le thérapeute. La psychothérapie elle-même se déroule de façon très diverse selon les sujets. Un exemple fera mieux qu'un très long discours.

Julie a 23 ans, prend le RER avec des collègues de travail. Elle trouve que de l'endroit où elles se trouvent, elles voient mal les panneaux sur le quai indiquant les stations desservies, et propo-

se alors au groupe de se déplacer à l'autre bout de la rame. Deux stations plus loin, la bombe explose, juste à l'endroit où elles étaient initialement. Julie s'enfuit tout de suite en courant et va prendre un taxi qui la ramène chez elle.

Ses parents ont vu le drame à la télévision, et l'accueillent avec des débordements de joie et d'affection. Leur fille ne dit rien et prétexte qu'elle est fatiguée pour aller s'enfermer dans sa chambre. Elle y reste les jours suivants, ne sortant que pour les repas qui se passent en silence. Ses parents font venir le médecin de famille, qui conseille de l'emmener chez un psychiatre. Les entretiens sont pauvres, rythmés par la plainte : «*Ce que je ne supporte pas, c'est qu'ils sont morts à ma place*». Le reste n'est que plaintes autour de son syndrome de répétition et de son désir de suicide.

Le débriefing du premier entretien n'a rien apporté d'intéressant pour elle. Des psychotropes soulagent un peu sa souffrance, mais ne lui ouvrent pas vraiment le chemin de la parole. Au bout de plusieurs mois d'une prise en charge ennuyeuse au possible, elle lâche à la fin d'un entretien, toute surprise elle-même : «*Ce que je ne supporte, pas c'est d'en être sortie vivante*». Elle se lève toute rouge et commente : «*Ça fait du bien de parler*». Là, la surprise est pour nous...!

Les mois suivants, le discours de Julie n'est pas beaucoup plus animé, mais la thématique générale est différente. Il est surtout question de la vie de sa famille, qu'elle s'efforce d'abord de présenter sous un jour idyllique. Mais peu à peu, des fissures se font jour dans ce bel ensemble. Des souvenirs reviennent où elle pense avoir été traitée injustement par ses parents par rapport à ses deux sœurs ou, actuellement, la petite fille modèle qu'elle avait toujours été se met à avoir son avis sur les uns et sur les autres à diverses occasions et parfois à le donner. Elle crée même ce qu'on pourrait appeler un incident diplomatique au cours

d'une grande réunion familiale, où chacun n'était là que pour le plaisir de se retrouver. Les symptômes dépressifs et de répétition n'en continuent pas moins à l'accabler, mais moins, semble-t-il.

Un jour, en début d'entretien cette fois-ci, elle s'exclame: «*Ce que je ne supporte pas, c'est à 23 ans d'être aussi dépendante de ma mère*». Cette jaculation inaugure une longue période d'interrogation sur soi, et ferme aussi l'épisode traumatique. Il ne sera plus jamais question de l'attentat. Sa vie va aussi prendre un autre cours, en particulier elle noue une relation amoureuse, très orageuse. Ce qu'elle a découvert d'abord, c'est qu'elle était «méchante», foncièrement méchante. Cette révélation marque la fin de la psychothérapie consacrée au trauma, elle découvre que le mal est aussi en elle. Les deux années qui suivront n'auront rien de particulier par rapport à une psychothérapie de n'importe quel névrotique.

Ce qui rend remarquable cette observation, c'est que nous n'avons pas su grand-chose de ce qui se passait chez cette patiente, ni même que son inconscient était au travail. Elle ne nous en a apporté que le résultat final ou presque.

Le traitement commence à distance de l'événement au moment de l'éclosion du syndrome de répétition. La technique est un peu différente de celle utilisée dans les prises en charge précoces. Le premier entretien commence à faire le tour de l'événement déclencheur et des symptômes actuels et lorsque arrive le récit des cauchemars ou des reviviscences, un récit de l'événement traumatisant devient nécessaire, éventuellement lors d'un deuxième entretien, le lendemain de préférence.

Il s'agit alors de juger de l'intérêt du recours à la technique du débriefing. Généralement, il ne faut pas se précipiter, les entretiens suivants apporteront à un moment ou à l'autre les éléments manquants. Pour la suite de la psychothérapie, rien

ne la distingue des autres psychothérapies de patients traumatisés: écoute attentive, relances par des questions pertinentes, demandes de précisions, demandes de récits de cauchemars ou de rêves, qui ne sont pas à interpréter sinon par le patient lui-même. Là aussi, un exemple fera mieux qu'un long discours.

Dominique est un appelé du contingent d'origine franco-libanaise. Dans les mois précédant son incorporation, il séjourne à Beyrouth auprès des membres de sa famille. Il s'agit de la lignée paternelle dont il se sent très proche. Dans les derniers temps de sa présence au Liban alors en pleine guerre civile, il assiste à une scène particulièrement atroce. Deux hommes sont attachés par les pieds au pare-choc arrière d'une voiture qui roule sur une route défoncée. Dans les jours qui suivent cette scène traumatique, des cauchemars apparaissent. Il revit la scène dont il se réveille avec effroi.

De retour en France, le tableau de sa névrose traumatique se complète. Le patient se désintéresse de ses études. Il coupe tous ses liens amicaux. Il vit dans une position de retrait à l'intérieur même de sa famille. Lors de son arrivée à la caserne, la vue des uniformes provoque chez lui une grande crise d'angoisse. Cette seconde rencontre l'amène à une hospitalisation en service de psychiatrie. À son admission dans le service, il apparaît prostré, mutique, indifférent au lieu et aux gens qui s'occupent de lui. Il finit par «dévoiler» l'origine de sa souffrance.

Dominique est très attaché au Liban. C'est le pays de son père qui exerce aujourd'hui la médecine en France. Sa mère est française. Il a deux frères aînés, brillants dans leurs études. Il est le seul à retourner régulièrement au Liban où vivaient ses grands-parents paternels. Il est très attaché à son grand-père décédé depuis deux ans. Il dira de ce grand-père: «*Il me donnait le sentiment de tout avoir à apprendre*». Dominique

est un garçon froid, distant et introspectif. À son arrivée en France, à l'âge de 4 ans, il présente un épisode anorexique important. Il effectue sa scolarité à Paris sans enthousiasme. Il se montre suffisamment « turbulent » pour que, lors de ses 16 ans, ses parents l'envoient vivre chez son grand-père, seul capable de l'assagir. Revenu en France après son décès, il passe ses congés annuels au Liban. Il est confronté à une mère dominatrice et un père plutôt effacé, tandis que son grand-père est magnifié. Dès lors, Dominique va inlassablement chercher « les tables de la loi ».

Le patient rencontre l'horreur au Liban. C'est la scène traumatique qui nourrit des reviviscences diurnes. Elle se présente maintenant à lui sans relâche. Et elle apparaît dans des cauchemars de répétitions. De cette scène d'horreur, il a été le « spectateur impuissant ». Dans les entretiens, son discours évolue, il s'imagine tour à tour le bourreau et la victime. Il finit par entrevoir une troisième possibilité par le biais d'une remarque qu'il fait à propos d'un cauchemar : « *Devant un film, au cinéma, il y a toujours une porte de sortie* ». Il commence à imaginer « *cette porte* » lorsque le contenu du cauchemar se modifie.

La scène traumatique ne se répète plus à l'identique. D'autres personnages apparaissent. Il ne les reconnaît pas. Ce sont des morts non identifiés : « *Ce pourrait être moi* » et « *Je pourrais être l'un d'entre eux* ». Il pourrait être un cadavre parmi d'autres cadavres. La sagesse du grand-père est sans doute dans cette vérité de finitude si cruellement entr'aperçue. « *Le tout à apprendre* » de ce grand-père merveilleux prend soudain sens ; lui qui « *représentait tout ce que je ne suis pas* ». Être un des morts de la guerre civile était la seule façon, pour ce « Français de passage », d'être à la fois le petit-fils du grand-père et un « vrai » Libanais. Les jours suivants, le patient rapporte un rêve : il traverse une étendue séparant deux maisons, une grande et une petite. Celle qu'il quitte

est celle de son grand-père. Il doit franchir un réseau de barbelés pour atteindre l'autre. Au milieu du passage, un milicien menaçant l'arrête avec le canon de son fusil. Dominique s'immobilise et se replie sur lui-même. Un autre soldat s'approche de lui et lui demande son identité. Le milicien est prêt à tirer. « *Pourtant, je ne suis pas fauteur* », commente-t-il. Le rêveur donne son passeport. Il se dit qu'il ne craint rien dès lors que c'est un passeport français. À ce moment-là, il s'aperçoit qu'au lieu du passeport, il a tendu son livret A de la caisse d'épargne.

Ce rêve est typique des rêves terminaux des psychopathologies de névrose traumatique. Il relève de la problématique « de castration ». Dominique abandonne un objet précieux. C'est son livret de Caisse d'épargne. Dans les jours suivants, il engagera son travail sur des thématiques de culpabilité. Ce rêve est aussi un « rêve de passage ». En se glissant sous les barbelés, il s'extrait de la « déshumanisation » provoquée par le *trauma*. Il trouve « sa porte de sortie ». En lieu et place d'un cadavre, il advient à une place vivante de subjectivation. Il parle d'un « je » de l'énonciation, dégagé de la culpabilité d'avoir été le spectateur de l'horrible agonie des hommes traînés derrière cette voiture. Dominique n'est plus spectateur « impuissant » de son rêve. Il le prend en compte. Il se l'approprie en tant que sujet. À cet instant, il peut saisir la dynamique de son désir.

Ce « je » émerge au moment où il franchit le seuil de la maison du grand-père paternel. Elle incarne une demeure magique d'une instance idéale au service de la jouissance. Le patient peut maintenant se confronter à une loi commune qui s'impose à lui comme à tout autre. Son « obole » payée, la demande de son rêve est autant d'être « épargnée ».

On voit bien, avec ce patient, comment la question de la culpabilité est souvent mal posée à propos de la névrose traumatique. Contrairement

à ce qu'on pourrait croire, la faute ici n'est pas celle de n'avoir rien fait ou tenté de faire lors de l'événement tragique. Elle se rapporte «à ce qui retient le sujet dans l'orbe du trauma». Son destin, dans le processus de guérison, est de redevenir le «moteur» d'une culpabilité cœdipienne.

Dans les suites du travail thérapeutique, Dominique change très rapidement. Il devient confiant. Il se montre détendu. Il parle facilement de sa vie au Liban, du personnage très typé de son grand-père, de sa rivalité avec ses frères. Il aborde tous ces thèmes dans une atmosphère associative riche et variée. Les cauchemars ont cessé. Il exprime sa conviction de son mieux-être depuis ce rêve et son élaboration. «Quelque chose» d'essentiel s'est passé pour lui: «*J'essaye de regarder tout cela comme si j'étais quelqu'un d'autre*» Un autre regard, dont celui du thérapeute, prévaut désormais. Peu de temps après, il demande sa sortie. Cet homme jeune, secret et renfermé, s'est ouvert pendant la durée des entretiens thérapeutiques. Sorti du travail associatif, il retrouve son habitus de névrotique obsessionnel.

Les prises en charge tardives

Elles ont lieu des mois, plus souvent des années, après le déclenchement du syndrome de répétition, qui vient authentifier la névrose traumatique. Les psychiatres reçoivent ces patients de confrères d'autres disciplines, voire d'un médecin généraliste. La névrose traumatique fait maintenant partie de la vie du sujet, qu'il a aménagée plutôt mal que bien en fonction de ses symptômes. L'abord de ces malades sera bien différent des précédents.

Il s'agit ici de répondre à ce qui préoccupe le consultant, c'est-à-dire les symptômes qui l'ont amené chez le confrère. Dans les meilleurs cas, l'événement traumatique est évoqué au bout de quelques entretiens, ce qui permet de parler de ses conséquences dans sa trajectoire vitale. Très souvent, le récit qu'il fait constitue une véritable

révélation pour lui. Effectivement, c'est depuis ce moment que rien ne va plus. Si le transfert est bien engagé, il acceptera de revenir sur le trauma, ce qui montre la priorité qu'il y a à nouer d'abord une relation transférentielle.

Il y a d'autres cas de figure. Le sujet ne se «souvient pas» de quoi que ce soit de ce genre. Ainsi, il nous est arrivé de traiter pendant trois ans un patient qui faisait des épisodes dépressifs graves. Nous étions persuadés qu'il y avait derrière sa maladie un moment traumatique. C'est de bonne foi qu'il l'avait «oublié» (il n'a pu en parler qu'une fois guéri de sa dépression). Il faut dire qu'il n'y avait pas encore de syndrome de répétition vingt ans après.

L'autre cas de figure, que nous avons déjà évoqué, c'est le sujet qui refuse d'aborder son traumatisme. C'est le cas de l'exemple que nous avons choisi pour illustrer ce paragraphe. La place nous manque pour développer une psychothérapie à long terme, mais le lecteur intéressé pourra trouver deux de ces comptes-rendus référencés.^{(16) (17)}

Roland est âgé d'une cinquantaine d'années. Ancien militaire, il est suivi à l'hôpital pour un alcoolisme ravageur et une conjugopathie de plus en plus violente. Dans les périodes de crise, il est hospitalisé, et entre-temps, il est suivi en consultation et participe à des groupes de buveurs repentis. Nous le connaissons de vue mais ne nous étions jamais occupé de lui.

Un jour, il vient voir son psychiatre, mais celui-ci est absent. Il demande à nous parler. Nous le trouvons effroyablement amaigri, le teint cireux, le regard fixe, et il n'a pas son dentier. Le spectacle qu'il offre est hallucinant. Il vient se plaindre à nous qu'aucun armurier n'accepte de lui vendre un revolver. Un revolver? Pour quoi faire? Il fait alors le geste, l'index et le médium joints, de se tirer une balle dans la tête. Cette façon de simuler son sui-

cide nous paraît trop réelle pour n'avoir pas un modèle dans son histoire.

Il se laisse sans aucune réticence entraîner sur le terrain de sa guerre d'Algérie qu'il a faite, à la suite de l'Indochine, comme engagé. Il raconte un épisode qui l'amènera à quitter l'armée. Son lieutenant lui a demandé d'exécuter un prisonnier d'une balle dans la tête. Nous l'hospitalisons et les entretiens sont quotidiens. Jamais auparavant, il n'avait parlé de ça à quiconque.

Dans ce moment mélancolique, il n'avait plus rien à perdre. Une fois cet aveu fait, il avait beaucoup à dire. Il resta un mois à l'hôpital, puis demanda à partir dans une maison de convalescence. Il revint nous voir à son retour, pour lui tout allait bien. Nous n'en avons pas la certitude, mais la suite prouva qu'il avait raison. Il travaillait dans un magasin de l'intendance où le personnel du service allait régulièrement faire ses courses. L'alcoolisme et la conjugopathie avaient disparus.

Ce patient nous montre que dans une névrose traumatique, ce n'est pas toujours le syndrome de répétition qui est au premier plan. Sa prise en charge montre aussi que la culpabilité des patients doit être respectée: quel crédit aurions-nous pu garder auprès de Roland si nous nous étions mis en tête de lui démontrer qu'il n'était pas coupable puisqu'il n'avait fait qu'exécuter un ordre?

Autres situations

Nous avons vu jusqu'à maintenant les patients victimes d'un traumatisme unique, quelle que soit sa violence (pour un observateur). Il faut dire aussi un mot de situations traumatisantes, étalées dans la durée, et qui deviennent un épisode central de la vie du sujet.

Parmi les patients dont nous nous sommes occupés, mentionnons des survivants des camps de concentration allemands ou viêt-minhs, des

hommes ayant séjourné dans une prison où se pratiquait la torture, des otages de longue durée auxquels ont été infligées des mises en scène traumatisantes, certaines victimes de maltraitements graves. Ce mot fait évoquer les enfants, mais il faudrait un autre livre pour développer le sujet du traumatisme psychique de l'enfant.

Avec les rescapés que nous avons mentionnés, il est rare que l'on puisse obtenir d'eux un récit d'un moment qui a été pour eux traumatique. En revanche, toutes les autres souffrances endurées sont facilement racontées. Ils n'ont pas de réticence à parler de leur enfance, adolescence, et de leur vie avant et après ce qui maintenant centre leur vie. Ils sont très lucides sur ce que leurs nouvelles habitudes et modes de pensée doivent aux événements qu'ils ont traversés. Tout cela pourrait passer pour un attachement fondé sur la jouissance, mais la clinique nous montre quelque chose de plus important: un attachement à une période qui fait partie d'eux, qui est au cœur de ce qu'ils sont depuis. Le thérapeute a alors un autre rôle que celui décrit précédemment.

Avec ces patients, le thérapeute s'assignera d'autres buts que celui d'une psychothérapie psychodynamique. Il devra néanmoins commencer par établir un lien de confiance et de parole. Puis il sera le médecin des crises anxieuses et/ou dépressives, des troubles du sommeil habituels, le conseiller dans les procédures de réparation, puis il sera celui que l'on vient voir à intervalles réguliers tous les trois mois par exemple pour maintenir le lien.

Toutefois, il faudra rester attentif à l'irruption inattendue d'une demande qui sort du cadre de la psychothérapie dite «de soutien». Cela arrive de temps en temps. Voici une histoire un peu atypique par rapport aux situations que nous venons de décrire.

C'est un jeune Algérien qui venait en France pour poursuivre ses études supérieures. Il est pris en otage dans l'airbus Alger-Paris en décembre 1994. Nous le voyons en avril 2000. Entre-temps il a mené une vie complètement déstructurée, passant ses nuits à boire dans des bars et à provoquer des bagarres, avec parfois un sursaut et la décision de se faire soigner. Il a tout eu, des TCC, de l'hypnose, des EMDR, de la psychanalyse, et plusieurs hospitalisations en psychiatrie qui se sont toutes terminées par son exclusion. Il «touche le fond» et va voir la Présidente de «SOS Attentats» qui lui conseille, avec les mots qu'il faut sans doute, d'aller consulter à l'hôpital militaire.

Le premier entretien est d'une grande authenticité, de façon surprenante, il accepte facilement un débriefing en règle. Il est hospitalisé et se montrera un malade exemplaire. Nous le voyons tous les jours, les entretiens sont riches. Il trouve un emploi de portier de nuit dans un hôtel qui lui va bien à cause de ses insomnies peuplées de cauchemars. Il est suivi en consultations et, de temps en temps, demande une courte hospitalisation pour «souffler un peu».

Au bout de deux ans, il va beaucoup mieux, mais la psychothérapie n'avance plus. Nous avons l'intuition que quelque chose n'a pas été dit de ce qui s'est passé dans l'avion, et nous lui proposons un nouveau débriefing. Il accepte avec réticence. Il nous raconte qu'il avait noué un contact avec un des terroristes, de même âge que lui et originaire de la même région, qui lui avait raconté les sévices qu'il avait subis de la part des policiers et que maintenant il n'avait plus rien à perdre.

Lorsque les terroristes ont installé leur dynamite tout autour de la carlingue de l'avion, il a su que c'était sa fin, et il s'est enfoncé dans fauteuil, immobile, attendant l'explosion. Mais dans sa tête, il a eu de longues heures pour penser que le

jeune preneur d'otages avait raison, que ce monde était amoral et pourri, et que s'ils faisaient exploser l'avion sur Paris, la nouvelle Babylone, ce ne serait que justice. Peu après avoir été délivré, il a senti une grande honte d'avoir pensé cela «*simplement pour sauver ma vie*», «*C'est pour ça que je suis devenu violent et que je me suis mis à boire*». Il est très mal quand il quitte le bureau et la semaine suivante, il arrive à la consultation très agressif par notre faute, il est maintenant très mal, tout ce qu'il nous dit est faux et, de toutes les façons, il ne viendra plus nous voir.

Quelques mois plus tard il demande un rendez-vous. Il a compris pourquoi il avait embrassé la cause des terroristes: «*Je voulais donner un sens à ma mort*». Depuis notre dernière rencontre, débarrassé de sa honte, il a fait des démarches qui l'ont conduit à entreprendre une formation de son niveau et il continuera dans cette voie jusqu'à l'obtention de son diplôme. Mais il ne voudra pas reprendre le travail psychothérapeutique interrompu «*tout ça, ça, fait partie de moi maintenant*».

C'est un chapitre important de la psychotraumatologie que l'on oublie souvent de traiter, alors que les polytraumatisés constituent une proportion notable de nos patients. Lorsque nous étions à l'hôpital militaire, les surveillantes des services de chirurgie nous demandaient souvent de passer voir à leur lit ces hospitalisés sortis depuis un temps variable de la table d'opération, quand ils étaient en état d'établir une relation verbale avec un autre. Il s'agissait de blessés de guerre, d'accidentés de la voie publique, d'accidentés du travail. Il était intéressant de voir ces gens à ce moment-là, après leur accord naturellement.

Ainsi pouvait s'établir une relation psychothérapeutique, même si elle était interrompue par d'autres interventions chirurgicales. À la sortie de l'hôpital, le traitement pouvait se poursuivre en

Conclusion

consultation. La remarque à faire pour ce type de patients, c'est que s'ils développent une névrose traumatique, l'évolution de celle-ci dépend pour beaucoup de l'évolution de leurs blessures, celles-ci les renvoyant constamment à l'évènement, et les manifestations de la névrose ayant tendance à aggraver les troubles physiques. C'est encore plus évident avec les consultants que nous recevons aujourd'hui.

Pour la plupart, ils proviennent des centres antidouleur, et arrivent après des années d'évolution. Les résultats sont beaucoup plus difficiles à obtenir que dans les cas précédents, où les blessés ont vite compris qu'ils ont à réparer un corps cassé, mais qu'ils ont aussi une blessure psychique qui demande autant de soins.

En revanche, ces hommes et ces femmes adressées par les centres antidouleur ont déjà derrière eux une « carrière médico-chirurgicale » de plusieurs années. La consultation de psychiatrie est vécue comme un abandon par leurs médecins, ce qui est vrai en général. Certains n'accrocheront pas du tout à l'entretien, sinon pour découvrir qu'il y a d'autres éléments à ajouter à leur demande de réparation, à laquelle ils vont se consacrer maintenant.

Pour d'autres s'ouvre un vaste champ d'interrogation qui leur donne le vertige mais leur semble être porteur d'une promesse. Ceux-là demandent un long travail de mise en confiance, ils ne croient plus aux promesses des médecins et la seule que nous leur fassions est de nous occuper d'eux le temps qu'ils le souhaiteront, d'autant qu'un certain nombre d'entre eux ont déjà des histoires d'abandon dans leur passé. Une fois le transfert accroché, ces psychothérapies ne se distinguent que peu d'une psychothérapie d'une névrose traumatique ancienne.

Nous avons vu jusqu'à maintenant le modèle des psychothérapies psychodynamiques, avec cette réserve qu'il est possible et même nécessaire de distinguer dès le départ ceux qui n'auront pas à faire tout ce détour par leur histoire pour guérir.

D'autres patients se révèlent incapables de se livrer à leur propre parole et nécessiteront un dispositif léger commentant les événements et les symptômes au jour le jour. Les prescriptions médicamenteuses seront plus utiles qu'elles ne l'étaient dans les cas précédents⁽¹⁶⁾. Dans ces cas, on ne peut espérer qu'un allègement du poids de l'image traumatique, ce qui souvent n'est pas si mal. Il faut toutefois rester attentif à un moment où la parole s'ouvre, ça arrive !

Nous pouvons proposer un schéma de compréhension de l'efficacité des psychothérapies psychodynamiques. Elles partent de la culpabilité post-événementielle, qui à l'insu du sujet le met en position d'auteur de sa souffrance.

La psychothérapie va l'amener à la recherche de l'origine de cette culpabilité, là aussi à son insu. Dans ce travail, il va rencontrer la culpabilité œdipienne, qui est la version parlée de la transgression de l'effraction traumatique. Comme retour vers la complétude, le corps de la mère.

Le sujet peut repérer ça, mais le thérapeute est encore mieux placé pour lire dans les rêves, les fantasmes exprimés que la psychothérapie s'achemine alors vers la fin. C'est-à-dire que le patient aura fait le même travail que le petit enfant qui s'est arraché à l'originaire pour entrer dans le langage. Il n'aura plus besoin de ce substitut de l'objet perdu, et de son équivalent « le corps étranger interne ».

Bibliographie

1. Oppenheim H., *Die Traumatischen Neurosen*. Berlin, V. von August Hirschwald; 1 vol, 2^{ème} éd., 1888.
2. Kraepelin E., *Psychiatrie*. Ein Lehrbrech für Studierende und Aerzte, 6^{ème} éd. Leipzig - Barth JA, 1889.
3. Charcot J. M., *Leçons du Mardi à la Salpêtrière*. Notes de cours. Tome II, Paris, Bureaux du Progrès Médical, 2 vol, Policlinique 1888-1889.
4. Abraham K., (1918) *Contribution à la psychanalyse des névroses de guerre*. In: œuvres complètes, tome II. Payot, pp.172-180, Paris 1974.
5. Ferenczi S., *Psychanalyse des névroses de guerre*. In: Rapport présenté au V^e Congrès internationale de psychanalyse de Budapest, Tome III, pp. 27-43, 1918.
6. Freud S., (1920), *Au-delà du principe de plaisir*. In: Essais de psychanalyse, petite bibliothèque Payot, pp. 41-116, Paris 1981.
7. Juillet P. et Moutin P., *Psychiatrie militaire*. Masson, Paris, 1969.
8. Crocq L., *Stress et névrose de guerre*. Psychologie Médicale; 6 (8): pp. 1493-1531, 1974.
9. Barois C., *Les névroses traumatiques*. Dunod, Paris, 1998.
10. Dalligand L., Gonin D., *Violences et victimes*. Méditations Lyon, 1993.
11. Passamar B., Vilamot B., Tellier O., *Inondation du Tarn-Sud: Mise en place de la CUMP dans le cadre du plan ORSEC*. Revue francophone du Stress et du Trauma, Tome 1, n° 3, pp.149-154, 2001.
12. Lassagne M. et Clervoy P., *Le costume du père: La question de la culpabilité dans la névrose traumatique*. (87), pp. 47-51, Synapse, 1992.
13. Lebigot F., *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*. Dunod, Paris, 2005.
14. Mitchell J. T., *When disaster strikes: The critical incident debriefing process*. Jal of the Emergency Medical Services, 8: pp. 36-39, 1983.
15. Lebigot F., *L'évolution du trauma sous transfert*. Revue francophone du Stress et du Trauma. Tome 6, n° 2, pp.71-77, 2006.
16. Jeudy E., « 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. 2, n° 1, pp.29-32, 2002.
17. Lebigot F., *Le cauchemar et le rêve dans la psychothérapie des névroses traumatiques*. Nervure XII (6), pp. 16-19, 1999.
18. Ducrocq F., et Al., *La pharmacologie des troubles psychotraumatiques aigus*, Traitement ou Prévention. Revue francophone du Stress et du Trauma, Tome 5, n°4, pp. 193-204, 2005.

Prenons le temps de travailler ensemble.

La prévention de la maltraitance est essentiellement menée au quotidien par les intervenants. En appui, la Cellule de coordination de l'aide aux victimes de maltraitance a pour mission de soutenir ce travail à deux niveaux. D'une part, un programme à l'attention des professionnels propose des publications (livrets Temps d'Arrêt), conférences, formations pluridisciplinaires et mise à disposition d'outils. D'autre part, des actions de sensibilisation visent le grand public (campagne Yapaka: spots tv et radio, magazine, autocollant, carte postale, livre pour enfant...).

L'ensemble de ce programme de prévention de la maltraitance est le fruit de la collaboration entre plusieurs administrations (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction Générale de l'Aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE). Diverses associations (Ligue des familles, services de santé mentale, plannings familiaux...) y participent également pour l'un ou l'autre aspect.

Se refusant aux messages d'exclusion, toute la ligne du programme veut envisager la maltraitance comme issue de situations de souffrance et de difficulté plutôt que de malveillance ou de perversion... Dès lors, elle poursuit comme objectifs de redonner confiance aux parents, les encourager, les inviter à s'appuyer sur la famille, les amis... et leur rappeler que, si nécessaire, des professionnels sont à leur disposition pour les écouter, les aider dans leur rôle de parents.

Les parents sont également invités à appréhender le décalage qu'il peut exister entre leur monde et celui de leurs enfants. En prendre conscience, marquer un temps d'arrêt, trouver des manières de prendre du recul et de partager ses questions est déjà une première étape pour éviter de basculer vers une situation de maltraitance.

La thématique est à chaque fois reprise dans son contexte et s'appuie sur la confiance dans les intervenants et dans les adultes chargés du bien-être de l'enfant. Plutôt que de se focaliser sur la maltraitance, il s'agit de promouvoir la « bienveillance », la construction du lien au sein de la famille et dans l'espace social: tissage permanent où chacun – parent, professionnel ou citoyen – a un rôle à jouer.

Ce livret ainsi que tous les documents du programme sont disponibles sur le site Internet:

yapaka.be

Temps d'Arrêt:

Une collection de textes courts dans le domaine du développement de l'enfant et de l'adolescent au sein de sa famille et dans la société. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes.

Déjà parus

- L'aide aux enfants victimes de maltraitance – Guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et adolescents. Collectif.
- Avatars et désarrois de l'enfant-roi. Laurence Gavarini, Jean-Pierre Lebrun et Françoise Petitot.*
- Confidentialité et secret professionnel: enjeux pour une société démocratique. Edwige Barthélemy, Claire Meersseman et Jean-François Servais.*
- Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance. Reine Vander Linden et Luc Roegiers.*
- Procès Dutroux; Penser l'émotion. Vincent Magos (dir).
- Handicap et maltraitance. Nadine Clerebaut, Véronique Poncelet et Violaine Van Cutsem.*
- Malaise dans la protection de l'enfance: La violence des intervenants. Catherine Marneffe.*
- Maltraitance et cultures. Ali Aouattah, Georges Devereux, Christian Dubois, Kouakou Kouassi, Patrick Lurquin, Vincent Magos, Marie-Rose Moro.
- Le délinquant sexuel – enjeux cliniques et sociétaux. Francis Martens, André Ciavaldini, Roland Coutanceau, Loïc Wacquant.
- Ces désirs qui nous font honte. Désirer, souhaiter, agir: le risque de la confusion. Serge Tisseron.*
- Engagement, décision et acte dans le travail avec les familles. Yves Cartuyvels, Françoise Collin, Jean-Pierre Lebrun, Jean De Munck, Jean-Paul Mugnier, Marie-Jean Sauret.
- Le professionnel, les parents et l'enfant face au remue-ménage de la séparation conjugale. Geneviève Monnoye avec la participation de Bénédicte Gennart, Philippe Kinoo Patricia Laloire, Françoise Mulkay, Gaëlle Renault.*
- L'enfant face aux médias. Quelle responsabilité sociale et familiale? Dominique Ottavi, Dany-Robert Dufour.*
- Voyage à travers la honte. Serge Tisseron.*
- L'avenir de la haine. Jean-Pierre Lebrun.*
- Des dinosaures au pays du Net. Pascale Gustin.*
- L'enfant hyperactif, son développement et la prédiction de la délinquance: qu'en penser aujourd'hui? Pierre Delion.
- Choux, cigognes, «zizi sexuel», sexe des anges.... Parler sexe avec les enfants? Martine Gayda, Monique Meyfroet, Reine Vander Linden, Francis Martens – Avant-propos de Catherine Marneffe.

*Épuisés mais disponibles sur www.yapaka.be